

Katriina Kurkilahti

HOITOHENKILÖKUNNAN VALMIUDET HOITAA
SEKSUAALIVÄKIVALLAN UHRIA PÄIVYSTYSPOLIKLINIKALLA

Hoitotyön koulutusohjelma
Terveystyön suuntautumisvaihtoehto
2011

HOITOHENKILÖKUNNAN VALMIUDET HOITAA SEKSUAALIVÄKIVALLAN UHRIA PÄIVYSTYSPOLIKLINIKALLA

Kurkilahti, Katriina
Satakunnan ammattikorkeakoulu
Terveystieteiden koulutusohjelma
helmikuu 2011
Ohjaaja: Ajanko, Sirke
Sivumäärä: 75
Liitteitä: 3

Asiasanat: seksuaalinen väkivalta, raiskaus, terveydenhuoltohenkilöstö, valmiudet, akuuttihoito

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää, miten päivystyspoliklinikan hoitohenkilökunta hoitaa seksuaaliväkivallan uhria. Tavoitteena oli selvittää hoitohenkilökunnan omia kokemuksia heidän ammatillisista valmiuksistaan sekä kartoittaa hoitohenkilökunnan ammatillisia valmiuksia seksuaaliväkivallan uhrin hoidossa. Tutkimustuloksia voidaan hyödyntää kehitettäessä hoitohenkilökunnan valmiuksia seksuaaliväkivallan uhrin hoitamisessa.

Tutkimus toteutettiin kvantitatiivisesti. Tutkimusaineisto kerättiin heinä-elokuussa 2010. Tutkimuksessa käytettiin strukturoitua kyselykaavaketta, joka sisälsi oikein/väärin-väittämiä sekä vastausvaihtoehdot Likert-asteikolla. Kvantitatiivinen aineisto analysoitiin tilastollisesti ja tulokset raportoitiin prosentteina. Tutkimustulosten havainnollistamiseen käytettiin kaavioita. Kyselyyn osallistui 60 hoitotyöntekijää ja vastausprosentti oli 40.

Tulosten mukaan hoitohenkilökunta koki osaamattomuutta suunnitella ja toteuttaa raiskatun hoitoa (63 %). Hoitohenkilökunnalla oli oman kokemuksensa mukaan tarpeeksi tietoa annetun hoidon dokumentoinnin tärkeydestä. Hoitohenkilökunta kaipasi lisää tietoa seksuaaliväkivaltaa koskevasta lainsäädännöstä, samoin raiskauskokemusten vaikutuksista elämän eri osa-alueisiin sekä tietoa traumaattisesta kriisistä kärsivän potilaan hoidosta. Lisäkoulutusta, koki tarvitsevansa suuri osa henkisen ensiavun antoon (80 %), raiskatulle tehtävistä tutkimuksista (82 %) ja jatkohoidon ja tukipalvelujen järjestämisestä (78 %) sekä tietoa konsultaatioavun saamisesta (53 %). Luottamuksellisen hoitosuhteen luominen koettiin vaikeaksi ja raiskatun hoito ahdistavaksi. Lähes kaikki (94 %) vastaajat ottaisivat asian puheeksi seksuaaliväkivaltaa epäillessään ja rohkaisivat rikosilmoituksen tekoon (76 %). Suhteessa vastaajien omiin kokemuksiin ammatillisista valmiuksista, suurimmalla osalla oli osittain tietoa seksuaaliväkivallan uhrin hoidon pääpiirteistä. Hankalimmiksi osoittautui raiskaustutkimuksen tekeminen sekä asiat liittyen uhrin oikeusturvaan. Monet (73 %) vastaajat huomioisivat myös uhrin emotionaalisen tukemisen ja jatkohoidon tarpeesta kysymisen (87 %).

Jatkotutkimusaiheena voisi olla muun muassa toteuttaa tutkimus samalle kohderyhmälle seksuaaliväkivallan koulutuksen jälkeen. Tutkimuksen kohdejoukkona voisi olla lääkärit, koska heillä on suuri vastuu seksuaaliväkivallan uhrin hoidossa.

READINESS OF A NURSING STAFF TO TAKE CARE OF A VICTIM OF SEXUAL VIOLENCE

Kurkilahti, Katriina

Satakunnan ammattikorkeakoulu, Satakunta University of Applied Sciences

Degree programme in health care

Nursing and health care option

February 2011

Supervisor: Ajanko, Sirke

Number of pages: 75

Appendices: 3

Keywords: sexual violence, rape, nursing staff, readiness, emergency care

The purpose of this thesis was to find out in what way the treatment of a victim of sexual violence is taking place in emergency care department. The goal was to find out nursing staff's own experience in their professional readiness and also to map their professional readiness, in taking care of a victim of sexual violence. The results of this thesis can be used in developing the readiness of nursing staff in their taking care of victims of sexual violence.

The research was a quantitative one. The research material was collected from a target group consisting of nursing staff in July-August 2010. The data was collected with a structured questionnaire containing right/wrong-statements and Likert- scale. The data was analyzed with statistical methods and the results were reported in per cents. To illustrate the research results there were also used figures. Sixty people took part in the research and the percentage of the returned questionnaires was 40.

According to the finding, the nursing staff experienced ignorance in planning and realizing the health care of a rape victim (63 %). By their own experience the nursing staff had enough knowledge of the importance of documenting the treatment. The nursing staff needed more information about the legislation of sexual violence. More knowledge was also needed of the effects in the person's life after the rape and traumatic crisis. Further education was needed, within the majority of the participants, to secure the first aid mental health (80 %) and to examine the rape victim (82 %). The staff also needed more guiding in how to arrange follow-up treatment and information about support services (78 %) and possibilities to consult (53 %). To create a confidential relationship with the patient was felt difficult and treating the patient oppressive. Most (94 %) of the participants would bring up concerns in a case of possible sexual violence and encourage to make a report of an offence (76 %). Compared to the experience of their own professional readiness, the majority had some knowledge relating to the main features of treating the victim. Performing examination was proved difficult, also matters relating the legislation of sexual violence. Several (73 %) participants would notice to pay attention to the victim's emotional support and the need for follow-up treatment (87 %).

Additional research on treating the victim of sexual violence, after educating the nursing staff in the subject, would be advantageous. The target group could be doctors, because of their great liability in these cases.

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	5
2	SEKSUAALIVÄKIVALTA JA HOIDON TOTEUTUMINEN	6
2.1	Seksuaaliväkivallan määritelmät	6
2.2	Seksuaaliväkivallan uhrin hoidon toteutuminen.....	8
3	RAISKAUKSEN PSYKOSOSIAALISET JA TERVEYDELLISET SEURAUKSET	14
3.1	Psykososiaaliset seuraukset	14
3.1.1	Traumaperäinen stressireaktio.....	16
3.2	Fyysiset seuraukset	18
4	SEKSUAALIVÄKIVALLAN UHRIN HOIDON OSA-ALUEET	19
4.1	Anamneesi ja status	20
4.2	Raiskaustutkimuksen tekeminen ja näytteenotto	22
4.3	Psykososiaalinen ensiapu.....	26
4.4	Jatkohoidon turvaaminen.....	29
4.5	Sijaistraumatisoituminen	31
5	TARCOITUS JA TAVOITTEET SEKÄ TUTKIMUSONGELMAT.....	32
6	TUTKIMUKSEN EMPIIRINEN TOTEUTTAMINEN.....	33
6.1	Tutkimuksen kohde.....	33
6.2	Tutkimusmenetelmän valinta ja kyselylomakkeen laadinta	34
6.3	Tutkimusaineiston keruu.....	35
6.4	Tutkimusaineiston käsittely ja analysointi.....	36
7	TUTKIMUSTULOKSET	37
7.1	Taustatiedot.....	37
7.2	Hoitohenkilökunnan kokemukset ammatillisista valmiuksista hoitaa seksuaaliväkivallan uhria.....	38
7.3	Hoitohenkilökunnan ammatilliset valmiudet hoitaa seksuaaliväkivallan uhria ..	41
8	JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA	47
8.1	Tutkimustulosten tarkastelu	48
8.2	Tutkimuksen eettiset näkökulmat	54
8.3	Tutkimuksen luotettavuus.....	55
8.4	Tutkimuksen tulosten hyödynnettävyys ja jatkotutkimushaasteet.....	58
	LÄHTEET.....	60
	LIITTEET	

1 JOHDANTO

Seksuaalinen väkivalta on Suomessa huomattavan yleistä. Se on naisiin kohdistuvan väkivallan alakäsite ja raiskaus sen tunnetuimpia ilmenemismuotoja. Raiskaus voidaan määritellä monin eri tavoin, mutta toteutuessaan se rikkoo uhrin fyysiset ja psyykkiset rajat, itsemääräämisoikeuden sekä koskemattomuuden rajat. (Amnesty Internationalin julkaisu 2007.) Vuonna 2005 44 % 15- vuotta täyttäneistä naisista oli joutunut vähintään kerran fyysisen tai seksuaalisen väkivallan tai uhkailun kohteeksi. Kahdeksan vuotta aiemmin arvioidusta luvusta kasvu oli neljä prosenttia, joka johtuu ensisijaisesta seksuaaliväkivallan yleistymisestä. Suomalaisista naisista viidesosaa on tutkimuksen mukaan pakotettu tai yritetty pakottaa seksuaaliseen kanssakäymiseen ainakin kerran elämänsä aikana. Viimeksi kuluneen vuoden aikana seksuaalista väkivaltaa oli kokenut kolme prosenttia naisista. Yli puolessa tapauksista tekijä on naiselle tuttu henkilö. (Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu 2010, 16.)

Vuonna 2007 Suomessa tapahtui yhteensä 2332 seksuaalirikosta, mutta kuitenkin vain 5-10 % kaikista raiskauksista tulee poliisin tietoon. (Kajava & Varonen 2009, 16.) On arvioitu, että Suomessa 10 000 naista tulee raiskatuksi vuosittain ja näistä vain 40-50 tekijälle luetaan tuomio. Suomen ainoaan raiskauskriisikeskukseen, Tuki-naiseen tulevat yhteydenotot ovat kolminkertaistuneet vuodesta 1993 vastaanottaessaan kuukausittain 1000-1200 puhelua ja päivittäin vähintään kolme uutta asiakasta. Luvuista voimme päätellä raiskausten lisääntyneen ja toisaalta naisten rohkaistuneen hakemaan apua. (Kaukonen, Raijas, Silver & Valkama 2003, 15.)

Raiskaus on yksi vakavimmista yksilöä kohtaavista psyykkistä tasapainoa horjuttavista tilanteista ja posttraumaattisen stressireaktion syntyminen on todennäköistä yli 50 % raiskauksen uhreista. (Sajama 2010, 37). Myös raiskauksen somaattiset seuraukset voivat olla vakavat ja uhreista tulee usein kiertolaisia terveydenhuollon piirissä löytämättä apua vaivojen aiheuttajaan. Koska seksuaaliväkivalta on yleistynyt, hoitotyön ammattilaisten on tärkeää osata tunnistaa uhri sekä osata auttaa ja kuunnella uhria ja vastata hänen erityistarpeisiinsa. Seksuaaliväkivalta on usein piilevä ongelma joka tuo haasteen hoitohenkilökunnalle jotta uhrin hoidon laatu saadaan varmistettua heti hänen hakeutuessa hoitoon. (Kajava ym. 2009, 16.) Uhrin tutkiminen ja hoito

aloitetaan tavallisesti terveyskeskuksen päivystyspoliklinikalla. Uhrille annetun akuutin kriisihoidon tulisi olla mahdollisimman hyvin toteutettua, jotta voitaisiin ennaltaehkäistä ja lieventää uhrin myöhempää sairastuvuutta ja posttraumaattisia oireita. (Brandt, Brusila, Cacciatore, Raijas, Söderholm & Vala 2002.)

Tutkimuksen tekijää kiinnosti tutkia aihetta henkilökunnan näkökulmasta aikaisempien tutkimusten valossa, koska aihe koetaan arkaluontoiseksi, haastavaksi ja siinä koetaan olevan valmiudellisesti paljon puutteita. Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää, miten päivystyspoliklinikan hoitohenkilökunta hoitaa seksuaaliväkivallan uhria. Tavoitteena oli selvittää hoitohenkilökunnan omia kokemuksia ammatillisista valmiuksistaan sekä kartoittaa ammatillisia valmiuksia seksuaaliväkivallan uhrin hoidossa. Tutkimustuloksia voidaan hyödyntää kehitettäessä hoitohenkilökunnan valmiuksia seksuaaliväkivallan uhrin hoitamisessa.

2 SEKSUAALIVÄKIVALTA JA HOIDON TOTEUTUMINEN

Seksuaalista väkivaltaa ja seksuaalista hyväksikäyttöä esiintyy hyvin monessa muodossa. (Kaukonen ym. 2003. 15). Seksuaaliväkivalta määritellään kaikeksi toiminnaksi, jolla loukataan uhrin seksuaalista itsemääräämisoikeutta toimimalla vastoin uhrin tahtoa. (Niiniketo, Nyystilä & Paananen 2007, 10). Tässä opinnäytetyössä käsitellään seksuaaliväkivallan uhrin hoitoa sukupuolesta ja iästä riippumatta. Seksuaaliväkivallalla tarkoitetaan tässä opinnäytetyössä raiskausta, pakottamista seksuaaliseen tekoon tai seksuaalista hyväksikäyttöä. Tässä työssä seksuaaliväkivallan uhrista käytetään termiä uhri, potilas ja asiakas.

2.1 Seksuaaliväkivallan määritelmät

Raiskaus on määritelty rikokseksi uhrin itsemääräämisoikeutta ja ruumiillista koskemattomuutta vastaan rikkomalla toisen ihmisen fyysiset ja psyykkiset rajat. (Niiniketo ym. 2007, 10). Seksuaalirikokset on jaoteltu rikoslaissa niin sanotuista lievistä

seksuaalirikoksista törkeisiin rikoksiin. Rikoslain 20.luvun mukaan on kyse raiskauksesta, kun joku pakottaa toisen sukupuoliyhteyteen käyttämällä henkilööseen kohdistuvaa väkivaltaa tai uhkaamalla käyttää väkivaltaa. Törkeä raiskaus on kyseessä silloin, kun raiskauksessa aiheutetaan toiselle tahallisesti vaikea ruumiinvamma, vakava sairaus tai hengenvaarallinen tila ja kun raiskauksesta aiheutuu merkittävä henkinen tai ruumiillinen vamma. Törkeä raiskaus on myös silloin kun on kyseessä ns. joukkoraiskaus eli tekijöitä on useita. Raiskaus on aina rikos, niin kuin myös sen yritys. Raiskauksesta Suomen nykyisen lainsäädännön mukaan tuomitaan vankeuteen yhdestä kuuteen vuotta. Törkeä raiskaus on ihmisarvon ja itsemääräämisoikeuden viemisen törkeimpiä ilmenemismuotoja. Tekijä/tekijät tuomitaan vähintään kahdeksi ja enintään kymmeneksi vuodeksi vankeuteen. (Suomen rikoslaki 20.luku.)

Jos raiskaus ottaen huomioon kaikki lieventävät asianhaarat on päässyt tapahtumaan, rikosnenteikijä on tuomittava pakottamisesta sukupuoliyhteyteen vankeuteen enintään kolmeksi vuodeksi. Jos henkilö joko väkivallalla tai uhkauksella pakottaa toisen ryhtymään seksuaaliseen tekoon tai alistumaan teon kohteeksi olennaisesti loukatun toisen itsemääräämisoikeutta, on tuomittava pakottamisesta sakkoon tai vankeuteen enintään kolmeksi vuodeksi. (Suomen rikoslaki 20.luku. 1998.) Kymmenisen vuotta sitten tulleen lakimuutoksen jälkeen kansalaiset ovat kokeneet seksuaaliväkivallan tuomioiden lieventyneen, jos tuomio on ollut syytteen alla ”pakottaminen”. (Brusila, Hyvärinen, Kallio, Porras & Sandberg 2009, 48).

Seksuaalisesta hyväksikäytöstä on kyse silloin kun joku asemaansa hyväksikäyttäen taivuttaa sukupuoliyhteyteen tai seksuaaliseen tekoon tai alistumaan sellaisen teon kohteeksi. Seksuaalisesta hyväksikäytöstä tuomitaan sakkoon tai vankeuteen enintään neljäksi vuodeksi. Lapsen seksuaalisesta hyväksikäytöstä on kyse, kun aikuinen on seksuaalisella tavalla vahingoittanut alle 16-vuotiaan lapsen kehitystä. Tuomio on enintään neljä vuotta vankeutta. Mikäli rikos toteutuu erityisen nöyryyttävällä tavalla tai hyväksikäyttö aiheuttaa erityistä vahinkoa lapselle hänen tekijää kohtaan tuntemansa luottamuksen menetyksen vuoksi, se määritellään törkeäksi lapsen hyväksikäytöksi. (Suomen rikoslaki 20.luku. 1998.) Jos tekijänä on esimerkiksi toinen lapsen vanhemmista, toinen heistä ei useinkaan ole ollut tietoinen hyväksikäytöstä. (Kaukonen ym. 2003, 28).

Seksuaalinen väkivalta voidaan erottaa yksilötasolla tapahtuvaksi sekä yhteiskunnalliselta tasolta nähdäksi. Erilaiset trauma- ja kriisipsykologiset lähestymistavat ovat auttaneet kartuttamaan yksilötason ymmärrystä. Yksilön perusturvallisuus tulee uhatuksi narsistisen loukkauksen kautta joksi raiskaus koetaan. Yksilötason syitä on etsitty uhrin ja tekijän toimintatavoista ja toiminnasta, yksilöllisestä elämänhistoriasta sekä persoonasta. Yhteiskunnallisesti on hävetty sekä uhria että tekijää ja rikoksenteijän vastuu tapahtuneesta on tullut vähätellyksi ja uhria syyllistetty. Feministisen näkökulman mukaan yhteiskunnassa vallitsevat sukupuoli- ja valtarakenteet ovat tuottaneet ja ylläpitäneet seksuaalista väkivaltaa. Ymmärretään, että tekemällä seksuaalinen väkivalta näkyväksi ja sen aiheuttavia tekijöitä vähentämällä, voidaan vaikuttaa seksuaaliväkivallan ilmenemiseen. (Raijas & Repo 1999, 1.) Seksuaalisen kasvu- rauhan ja seksuaaliterveyden edistäminen terveydenhuollon piirissä kuuluu jokaiselle terveydenhuollon ammattilaiselle. (Kaukonen ym. 2003, 12).

2.2 Seksuaaliväkivallan uhrin hoidon toteutuminen

Vuosien mittaan seksuaaliväkivaltaan on alettu kiinnittää enemmän huomiota ja oivallettu, että ennen kaikkea varhainen avun saaminen ehkäisee herkästi kasaantuvia ongelmia. Seksuaaliväkivallan uhrin avuksi työskentelevät ovat tuoneet esille oman voimattomuutensa seksuaaliväkivaltaan liittyvän vähäisen koulutuksen ja konsultatiomahdollisuuksien vuoksi. Erityisesti henkisen ensiavun antaminen on koettu liian haastavaksi tehtäväksi tarvittavan taidon ja rohkeuden puutteen takia. Seksuaaliväkivallan uhrien kohtaaminen työntekijälle itselleen koetaan myös raskaaksi. (Kaukonen ym. 2003, 11.) Tönnesen ym. (1999) kartoittivat lääkärin ja hoitajien kokemuksia hoitaa seksuaaliväkivallan uhria perusterveydenhuollossa. Sekä lääkärit ja hoitajat kokivat puutteita kohtaamisessa ja vastaajista 73 % kertoi tarvitsevansa lisäkoulutusta asiaan. Hoitajat kokivat tietonsa puutteellisemmiksi kuin lääkärit. (Tönnesen, Lundh & Heimer 1999, 5381-5384.)

Tässä opinnäytetyössä kartoitettiin päivystyspoliklinikalla työskentelevän terveydenhuoltohenkilöstön valmiuksia seksuaaliväkivallan hoidossa. Opinnäytetyössä käyte-

tään kohderyhmästä nimitystä hoitohenkilökunta/henkilökunta, jolla tässä opinnäytetyössä tarkoitetaan kaikkia seksuaaliväkivallan uhrin hoitoon osallistuvia terveydenhuollon ammattilaisia, jotka päivystyspoliklinikalla työskentelevät. Hoitotyöntekijällä tässä opinnäytetyössä tarkoitetaan päivystyspoliklinikalla työskenteleviä ammattiryhmiä, lukuun ottamatta lääkäreitä. Valmiuksilla tässä työssä tarkoitetaan hoitohenkilökunnan tiedollista ja taidollista osaamista. Päivystyspoliklinikka toimii sairaalan vastaanottavana yksikkönä potilaan ollessa hoidon tarpeessa. Päivystyspoliklinikka vastaa potilaiden hoidosta ympäri vuorokauden ja siellä työskentelevä hoitohenkilökunta on keskeisessä asemassa kohdatessaan ensimmäisenä sairaalaan saapuvan potilaan. (Kuisma, Holmström & Porthan 2009, 40.)

Akuuttihoidolla tarkoitetaan tässä työssä hoitohenkilöstön antamaa välitöntä hoitoa päivystyspoliklinikalla ja jatkohoidon järjestämistä. Päivystyspoliklinikalla hoitohenkilökunnan vuorovaikutustaidot korostuvat. Lyhyet hoitokontaktit edellyttävät kykyä ja taitoa solmia luottamuksellinen suhde potilaaseen lyhyessä ajassa. Ymmärtävä työote ja tietojen jakaminen ja vastaanottaminen on tärkeää. Päivystyspoliklinikalla työskentelevän terveydenhuollon ammattihenkilön keskeisimpiä ominaisuuksia ovat potilaan tilan arviointikyky, sekä kyky tehdä johdonmukaisia päätöksiä. (Kuisma ym. 2009, 41.)

Suomen hallitus on kokenut tärkeäksi laatia naisiin kohdistuvan väkivallan vähentämisen ohjelman 2010, koska Suomessa ei ole hallituksessa käsitelty aihetta pääteeman vuodel 2002 toteutetun naisiin kohdistuvan väkivallan ja prostituution ehkäisyhankkeen jälkeen. Ohjelma laadittiin yhteistyössä sisäasiainministeriön, oikeusministeriön, sosiaali- ja terveysministeriön ja ulkoasiainministeriön kanssa. Naisiin kohdistuva väkivalta aiheuttaa arvioidut 91 miljoonan euron kustannukset vuodessa, joka kertoo sen olevan yksilötason lisäksi myös suuri yhteiskunnallinen ongelma. Hallituksen laatimassa ohjelmassa lähestytään väkivaltaa kokonaisvaltaisesti sisältämällä kattavat toimenpiteet väkivallan ehkäisystä, uhrin suojelemisesta ja järjestettävistä tukitoimista sekä tekijän saattamisesta vastuuseen. (Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu 2010, 9,11.)

Ohjelma sisältää toimenpiteitä, joilla pyritään puuttumaan alkusyihin ja vallitseviin asenteisiin sekä kasvatukseen, valistukseen ja koulutuksen avulla vaikuttamaan käyt-

täytymismalleihin. Toimenpide ehdotuksia on laadittu yhteensä 66, joista osa on toteutettavissa ilman erityistä rahoitusta. Naisia pyritään suojaamaan hyväksikäytön jatkumiselta, parantamaan laaja-alaista tuen saantia, kehittämään väkivallan tunnistamista, auttamista ja ehkäisemistä. Aikaisempien toimintaohjeiden toimet eivät olleet riittäviä seksuaalisen väkivallan ehkäisemiseksi tai haavoittuvassa asemassa olevien, kuten maahanmuuttajien, vammaisten ja ikääntyvien auttamiseksi. (Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu 2010, 9,11, 12.)

Ohjelmaan on sisällytetty toimenpiteitä joilla parannetaan viranomaisten tietoutta seksuaalirikoksista kouluttamalla viranomaisia kohtaamaan uhrin hienovaraisella tavalla sekä tehostamalla seksuaalirikosten tutkintaa. Kohtaamistaitojen kehittäminen on tärkeää, koska poliisiviranomaisen käyttäytymisellä on merkittävä vaikutus uhrin päätökseen jatkaa rikostutkintaa. Terveystieteen ja poliisiviranomaisten tiedollisen ja taidollisen osaamisen kehittäminen yhdessä siis edistäisi seksuaaliväkivallasta toipumista ja rikoksista tuomittujen määrää. (Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu 2010, 25-26.)

Euroopan Neuvosto suosittelee jokaisessa maassa olemaan vähintään yksi raiskauksiin erikoistunut kriisikeskus 200 000 asukasta kohden. Julkisen terveydenhuollon lisäksi Suomessa toimii seksuaaliterveyden ja seksuaaliväkivallan uhrien auttamisessa kolmannen sektorin Raiskauskriisikeskus Tukinainen Helsingissä ja Jyväskylässä. Tukinainen on ainoa Suomessa toimiva taho, jonka tehtävänä on auttaa seksuaaliväkivallan ja hyväksikäytön uhreja, ja edistää seksuaaliväkivallan traumojen hoitoon tarkoitettujen valtakunnallisten palvelujen kehittämistä sekä toimia resurssikeskuksena terveydenhuollon ammattilaisille ja muille ammattiryhmille seksuaaliväkivallan uhrien parissa työskenteleville. (Ylikomi & Virta 2008, 11.)

Asiakastyön lisäksi Tukinaisen toimintaan kuuluvat erilaiset kehittämisprojektit, koulutustoiminta, konsultaatio ja työnohjaus sekä vaikuttaminen yhteiskunnallisesti mm. lausuntojen ja kannanottojen muodossa. Tukinaisen perusti vuonna 1993 Unioni, Naisasialiitto Suomessa Ry. Akuuttihoitoon terveydenhuollon toimipisteiden käyttöön julkaistiin moniammatillisen yhteistyön tuloksena Raiskatun akuuttiapukansio (RAP) vuonna 2000. Ohjekansio sisältää ohjatun tutkimus- ja hoitoprotokollan uhrin tutkimista, hoitoa ja näytteidenottoa varten. Nämä tutkimus ja hoito-ohjeet

raiskatun akuuttihoitotyössä selkeyttävät tarvittavien toimenpiteiden tekemistä ohjautusti ja antavat mahdollisuuden keskittyä potilaan henkiseen tukemiseen (Kaukonen ym. 2003, 19-20.) RAP-kansion tavoitteena on parantaa seksuaaliväkivallan uhrin hoidon laatua ennaltaehkäisemällä ja lieventämällä uhrin sairastuvuutta. (Brandt ym. 2002). Yhtenäisiä hoitoketjuja pystytään tarjoamaan vain harvalla paikkakunnalla. Amnestyn Suomen osaston tekemän kuntakyselyn (2005-2006) mukaan esimerkiksi RAP-kansio tunnetaan kunnissa huonosti. (Amnesty Internationalin julkaisu 2007.)

Terveysten- ja hyvinvoinninlaitos teetti kyselyn sairaanhoitopiireille (2009) johon vastanneista alle puolessa oli laadittu hoitoketjuja sairaanhoitopiiriin ja perusterveydenhuollon välillä. Terveyskeskuksiin suunnatun kyselyn (2008) mukaan yli puolessa terveyskeskuksia ei ollut laadittu yhtenäistä käytäntöä siitä, miten edetään seksuaaliväkivallan epäilyn herätessä. Lapsiin kohdistuvaa seksuaalista hyväksikäyttöä kohtaan ei ollut ohjeita 60 prosentissa osallistuneista terveyskeskuksista. (Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu 2010, 45-46.)

Pääkaupunkiseudulla seksuaalista väkivaltaa kokeneille toimii Väestöliiton Nuska-projekti, joka tarjoaa vastaanottopalvelua nuorille ja heidän läheisilleen sekä muutamalla paikkakunnalla Tyttöjen talo, joka tarjoaa seksuaalineuvontaa, ryhmä- ja yksilötapaamisia seksuaaliväkivaltaa kokeneille. Väestöliiton Nuorten Avoimet Ovet tarjoaa myös seksuaalineuvontaa sekä seksuaaliterveysklinikan puhelinneuvontaa. (Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu 2010, 45-46.) Kouvolassa toimiva Suomen Delfins Ry on valtakunnallinen etu- ja tukijärjestö joka tarjoaa ohjausta, tukea ja neuvontaa lapsena seksuaalista väkivaltaa kokeneille aikuisille, läheisille ja työn parissa toimiville ammattiauttajille. (Suomen Delfins Ry:n www-sivut).

Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri on laatinut raiskauksen uhrin kohtaamisen tueksi yhtenäiset ohjeet, jotka takaavat kaikille uhreille samat tutkimukset ja hoidon asuin-kunnasta riippumatta. Rakennetun hoitoketjun tavoitteena on yhtenäistää ja ohjata raiskauksen uhrin tiettyihin hoitopaikkoihin ja turvata jatkohoidon järjestäytyminen. Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiriin alueella hoidetaan vuosittain noin sata uhria, vaikka arvioitu todellinen uhrien määrä onkin paljon suurempi. Lääkärit ja hoitajat käyttävät työnsä apuna hoitoreittisivustoa, jossa on tarkat ohjeet hyödynnettäväksi ja konsultaatiotahojen yhteystiedot. Hoitoreittisivusto on laadittu yhteistyössä rikosuh-

ripäivystyksen ja poliisin kanssa, mikä edesauttaa poliisin tietoutta tuoda uhri heti oikeaan hoitopaikkaan. (Immonen-Räihä, Klami, Bildjuschkin, Rantanen, Koskinen, Taiminen, Kauhava & Tunturi 2010, 3720-3721.)

Moniammatillisessa työryhmässä hoitoketjun laatimiseksi toimi kaiken kaikkiaan Varsinais-Suomen terveystieteiden keskus, aluesairaalat, psykiatrian toimipisteet, yliopistollinen keskussairaala, oikeuslääketieteen laitos ja evankelisluterilaisen kirkon edustusto. Ohjeiden laadinnassa huomattiin monien olemassa olevien ohjeiden olevan vanhentuneita. Uusissa ohjeissa korostetaan työntekijän rohkeutta ja taitoa ottaa asia esille ja ohjata hänet oikeaan jatkohoitoon. Uusien ohjeiden mukaan uhrilta kysytään lupa saada välittää yhteystiedot rikosuhripäivystyksen työntekijöille, jotta he voivat varmistaa, että vastuu avun hakemisesta ei jää uhrin kannettavaksi. (Immonen-Räihä ym. 2010, 3720-3721.)

Hoitoketjun mukaan uhrin jaetaan akuutteihin ja ei-akuutteihin tapauksiin, riippuen siitä, onko raiskauksesta kulunut yli vai alle viikko. Uhri hoidetaan päivystyspotilaina, mikäli hän ottaa yhteyttä hoitavaan tahoon alle viikon kuluessa, silloin tehdään seksuaalirikostutkimus lääkärin toimesta hoitajan avustamana. Muissa tapauksissa arvioidaan tutkimusten ja hoidon tarve tapauskohtaisesti. Mitä pidempi aika tapahtumasta on kulunut sen enemmän keskitytään tukemaan uhrin psykososiaalista toimintakykyä. Akuuteiksi tapauksiksi luokitellut naisuhrit hoidetaan pääsääntöisesti erikoissairaanhoidossa ja miesuhrit perusterveydenhuollon piirissä. (Immonen-Räihä ym. 2010, 3720-3721.)

Hoitokontrolleja järjestetään uhrille kolme, joista ensimmäinen on noin kahden viikon kuluttua raiskauksesta ja kestävät vähintään puolen vuoden ajan. Näin uhrin terveydentilaa voidaan seurata esimerkiksi laboratoriokokein. Laboratoriokokeiden raiskauspakettiin kuuluvat kontrolloituina HIV, B- ja C-hepatiitti sekä raskaustesti. Hoitoketjun toteuttamisessa käytetään hyväksi seksuaalirikostutkimuspakkausta (SERI) sekä Raiskatun akuuttiapu-kansiota (RAP). Koska lääkärit ja hoitajat kohtaavat uhreja satunnaisesti, uudet, selkeät ja yhtenäiset ohjeet koettiin tarpeellisiksi. (Immonen-Räihä ym. 2010, 3720-3721.)

Myös Keski-Suomen keskussairaalassa raiskatun hoito ja kohtaaminen koettiin vaikeaksi ja kehittämisprojektin kautta virallistui Raisek- seksuaalista väkivaltaa kohdanneiden alueellinen hoito-ohje hoitajien ja lääkäreiden käyttöön virallisesti 2003. Kehittämisprojekti koostui katkeamattoman hoitoketjun luomisesta, valmiuksien lisäämisestä uhrin kohtaamisessa, tietopaketin kokoamisesta ja henkilöstön kouluttamisesta. Projekti toteutettiin moniammatillisena yhteistyönä. Projektin tarkoituksena oli korostaa asiakkaan näkökulmaa ja sen selvittämiseksi tehtiin kysely jälkielehköisyä hakeneille naisille. Tutkittavista (n=25) kukaan ei hakenut jälkielehköisyä sillä kertaa seksiin pakottamisen seurauksena, mutta vastauksista tuli ilmi, miten naiset eivät joskus olleet kehdanneet kieltäytyä seksistä ja näin luopuneet omasta itsemääräämisoikeudestaan. (Nykänen 2004.)

Tutkittavat kertoivat myös saaneensa asian tiimoilta sekä hyviä että huonoja kokemuksia hoitohenkilöstön toiminnasta. Negatiiviset kokemukset liittyivät torjuvaan ja vähättelevään asenteeseen, joka puolestaan kertoo mm. auttajan puutteista antaa vastauksia ja neuvontaa. Edes kehossa nähtävillä olevat fyysisen väkivallan jäljet eivät olleet aiheuttaneet kysymyksiä. Avainasioiksi asian selvittämisessä koettiin hoitohenkilökunnan rohkeus ja kuuntelutaito. Käytössä olevat selkeät ja yksityiskohtaiset ohjeet ovat osoittautuneet helpottamaan työskentelyä ja mahdollistamaan voimavarojen riittämisen asiakkaan oikeanlaiseen kohtamiseen. (Nykänen 2004.)

Myöhemmin niin ikään Jyväskylässä laadittiin hoitoketju, joka kuvaa eri raiskatun hoidossa toimivien tehtävät, vastualueet ja vastuunjaon. Eri-ikäisille uhreille turvataan erilaiset toimintamallit, jotka ohjaavat toimintaa hoito-ohjeiden mukaisesti ja yhdistävät eri toimijoiden ja erikoisalojen välisen työn uhrin hoitamiseksi. Hoidon jatkuvuuden turvaamiseksi aloitettiin jatkokäynnit raiskauspoliclinikalla, jossa kerrotaan laboratoriokokeiden vastaukset, kartoitetaan yleisvointia sekä psykososiaalisen tuen tarvetta, jaetaan tietoa saatavilla olevista tukitoimista sekä sovitaan kontrollitutkimusten ajankohta ja muistutetaan itsestä huolehtimisesta. (Nykänen 2004.)

Luostarinen ym. osallistuivat Raisek-projektiin Jyväskylän ammattikorkeakoulussa (2005) tekemällään opinnäytetyöllä ”Raiskatun naisen kohtaaminen - kyselytutkimus hoitohenkilökunnan valmiuksista”. Tarkoituksena oli selvittää Jyväskylässä raiskattujen hoitoon keskittyviltä hoitotahoilta hoitohenkilökunnan kokemuksia valmiuksis-

taan kohdata raiskattu nainen sekä kartoittaa tutkittavien asenteita seksuaaliväkivaltaa kohtaan. Tavoitteena oli myös kartoittaa lisäkoulutuksen tarve raiskatun hoidossa. Kyselyyn osallistuvat olivat koulutukseltaan lääkäreitä, kättilöitä, terveyden- ja sairaanhoitajia sekä lähi- ja perushoitajia. (Luostarinen, Pöllänen & Viita-Aho 2005.)

Tutkimuksen mukaan suurin osa hoitohenkilökunnasta koki valmiutensa raiskatun kohtaamisessa pääasiassa riittäviksi, kuitenkin kaivaten lisäkoulutusta. Vajaa puolet vastaajista koki, etteivät pystyneet järjestämään työtään niin, että heillä olisi ollut mahdollisuus kuunnella raiskattua. Helpoimmaksi koettiin raiskatun uskomisen, itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen sekä hoitaminen syylistämättä. Luottamuksellisen hoitosuhteen luominen koettiin vaikeimmaksi. Uhrin kohtaamisen koki vaikeaksi hieman alle puolet tämän tutkimuksen vastaajista, kuitenkin suurin osa vastaajista oli ottanut asian puheeksi epäilyjen herätessä. (Luostarinen ym. 2005.)

3 RAISKAUKSEN PSYKOSOSIAALISET JA TERVEYDELLISET SEURAUKSET

3.1 Psykososiaaliset seuraukset

Raiskaus on vakavimpia ihmisen psyykkistä tasapainoa horjuttavia tilanteita. Seksuaaliväkivallan vaikutukset ovat kokonaisvaltaisia ja näkyvät uhrin elämässä psyykkisinä toimintahäiriöinä, sosiaalisina ongelmina, seksuaalielämän vaikeuksina sekä alttiutena fyysiseen sairastuvuuteen. (Ylikomi & Virta 2008, 15.) Tapahtumahetkellä uhri kokee pelkoa, paniikkia, voimattomuutta, lamaantuneisuutta, epätodellisuuden tuntua, kuolemanpelkoa ja erilaisia somaattisia oireita kuten kipua, huimausta ja pahoinvointia, jotka aiheuttavat uhrille enemmän negatiivisia pitkäaikaisseurauksia kuin muut traumaattiset tilanteet. (Raijas 2000, 8).

Raiskauksen seuraukset uhrin elämässä eivät kaikki näy ulospäin. Seuraukset ovat kokonaisvaltaisia ja liittyvät uhrin kokemusmaailman muutokseen. Psyykkiset seuraukset etenevät vaiheittain. Kokemukset omasta itsestä ja muista ihmisistä muuttuvat

negatiiviseen suuntaan. Tunne-elämän valtaa pelko, epävarmuus, syyllisyys ja häpeä ja uhrilla on tuntemuksia omasta arvottomuudesta ja toisten ihmisten epäluotettavuudesta. (Ylikomi & Virta 2008, 15.)

Joissain tapauksissa arvottomuudentunne on hämärtänyt omien oikeuksien ymmärtämisen ja hän saattaa joutua hyväksikäytetyksi uudelleen, niin fyysisesti, psyykkisesti kuin taloudellistikin. (Akuutin julkaisu 2005). Joskus raiskauskokemus saattaa estää tunteiden kokemisen ja koko elämä muuttuu merkityksettömäksi ja harmaaksi. Keho virittyy jatkuvaan stressitilaan ja jää kantamaan kokemuksen muistoa. Raiskauksen uhri helposti menettää myönteisen suhteen omaan minuuteen, ruumiillisuuteen, seksuaalisuuteen ja alkaa kokea ja nähdä itsensä pilaantuneena ja hävettävänä. Psyykkiset vaikutukset vaikeuttavat suuresti uhrin toipumista ja huonontavat elämänlaatua. Raiskauksen vaikeat seuraukset ovat tiukasti sidoksissa siihen, että traumasta on vastuussa toinen ihminen vaikka motiivit tapahtuneeseen vaihtelevatkin. Raiskauksessa uhrilta on viety itsemääräämisoikeus ja ihmisarvo, jonka seurauksena uhri helposti menettää luottamuksensa ihmisiin ja turvallisuudentunne katoaa. (Ylikomi & Virta 2008, 15.)

Tutkimusten mukaan seksuaaliväkivallan uhrin kärsivät erityisesti masennuksesta ja ahdistuneisuudesta sekä päihdeongelmista. Univaikeudet, painajaiset, paniikkikohtaukset ja lamaannuttavat pelot ovat tavallisia. Syömishäiriöt, itsemurhayritykset ja itsetuhoisuus, kuten viiltely on yleistä. Joskus seksuaaliväkivallan psyykkiset seuraukset tulevat ilmi raskauden ja synnytyksen yhteydessä erilaisina voimakkaina ja epätavallisina tunteina. Uhri usein päätyy syyttämään tapahtuneesta jollain tasolla itseään. Tämän ja itsemääräämisoikeuden riistämisen ja ihmisarvon viemisen takia itsetunnon heikkeneminen on tavallista. Raiskaustilanteen lamaannuttaminen ja siihen alistuminen synnyttävät usein itsesyytöksiä ja rankkoja häpeäntunteita uhrille ja tapahtunut yritetään salata. Uhrin sosiaaliset suhteet vähenevät ja sosiaalinen kanssakäyminen vaikeutuu tapahtuneen välttelyn takia. Myös uhrin läheiset voivat edesauttaa sosiaalisten suhteiden vaikeutumista asian kammoksumisella. (Ylikomi & Virta 2008, 22.)

Seksuaalikäyttäytyminen muuttuu usein radikaalisti. Suojaamattoman seksin harrastaminen, onnettomuusalttius ja päihteiden suurkulutus yleistyvät. Raiskauksen ko-

keneilla naisilla on kolminkertainen riski sairastua depressioon ja kaksinkertainen riski sairastua johonkin mielialahäiriöön verrattuna muuhun väestöön. Nämä riskit säilyvät koko eliniän. (Ylikomi & Virta 2008, 22, 25.)

Raijas (2000) tutki raiskaustrauman luonteen yhteyttä selviytymiskeinoihin ja uhrin hyvinvointiin sekä mahdollisten selviytymiskeinojen yhteyttä ja muutosta hyvinvointiin. Trauman luonnetta kuvasi uhrin ja tekijän välinen suhde ja trauman vakavuus. Traumasta toipuminen nähtiin prosessina, jossa trauman luonne ja sosiaaliset vaikutukset ovat yhteydessä selviytymiskeinoihin. Tutkimukseen osallistuneiden naisten (n=32) seksuaaliväkivallan kokemuksesta oli kulunut keskimäärin 6,6 vuotta ja keskimääräinen ikä oli 26,8 vuotta. (Raijas 2000, 21-28.)

Tutkimuksessa käsiteltiin asioita; tekijän ja uhrin suhde, trauman vakavuus, selviytymiskeinot ja hyvinvointi. Tutkimuksen mukaan, riippumatta käytetyn väkivallan määrästä, uhrin olivat kokeneet kuolemanpelkoa. Toisaalta, kaikki uhrin, jotka olivat kokeneet avointa fyysistä väkivaltaa, eivät olleet pelänneet kuolevansa. Suhteen laatu ei korreloinut uhrin oireisiin tai selviytymiskeinoihin. Trauman vakavuus todettiin olevan eniten yhteydessä ahdistuneisuuteen, jatkuvaan stressitilaan ja uniongelmiin niillä naisilla, joiden trauman vakavuus oli keskivaikea. Mitä enemmän raiskauksen uhri oirehti, sitä enemmän hän käytti mm. itsetuhoisia selviytymiskeinoja. Itsetuhoiset selviytymiskeinot vähensivät merkittävästi elämänhallinnan tunnetta. Selviytymiskeinoista ainoastaan itseilmaisuus edisti raiskattujen hyvinvointia. (Raijas 2000, 21-28.)

3.1.1 Traumaperäinen stressireaktio

Traumaperäisen stressihäiriön esiintyvyys on hyvin tavallista. Raiskauksen uhreista 54-94 % kokevat traumaperäisen stressireaktion, kun esimerkiksi sotatrauman uhreista sitä esiintyy 25-35 % naisuhreista. Raiskauksen seuraukset uhrin psyykeeseen ja sosiaaliseen elämään ovat kuitenkin samankaltaisia kuin väkivallan ja kidutuksen seuraukset. Ihmisen tutut aiemmin käyttämät selviytymiskeinot eivät riitä kantamaan yli trauman ja siksi kehittyy stressireaktio. Tekijät, kuten raiskauksen odottamatto-

muus, tuntematon tekijä, teon törkeys ja piittaamattomuus sekä usein yöllinen tapahtuma-aika lisäävät vakavien stressioireiden riskiä. (Ylikomi & Virta 2008, 15, 22.) Uhrin kannalta raiskaus koetaan käsittämättömänä, mikä lisää uhrin hämmennystä raiskaustapahtumaa kohtaan. Raiskauksen tekoa ei yleensä motivoi tekijän seksuaalinen tyydyttyminen vaan tutkijoiden mukaan teot liittyvät keskeisimmin intiimin läheisyyden pelkoon, viha- ja valtamotiiveihin ja epävarmuuteen omasta miehisyydestä. (Raijas 2000, 5.)

Stressireaktiosta kärsivälle ihmiselle on tavallista tapahtuneen jatkuva tunkeutuminen mielikuviin, ajatuksiin ja uniin. Tapahtumaan liittyviä asioita vältellään ja siihen liittyvät tunteet pyritään poistamaan. Uhri elää jatkuvassa stressitilassa ja on varuillaan. Tunnusomaisia ovat ylivireysoireet kuten univaikeudet, ärtyneisyys, keskittymisvaikeudet ja säpsähtämisreaktiot. (Ylikomi & Virta 2008, 15, 22-23.) Tavallisia oireita ovat myös ulkopuolisuuden tunteet, mielenkiinnon väheneminen jokapäiväisiin toimintoihin, synkkä tulevaisuudenkuva ja vihan ja kiukun tunteet. Itse traumaattiseen tapahtumaan saattaa liittyä osittainen tai kokonainen muistinmenetys. (Traumaterapiakeskuksen www-sivut 2010.)

Traumaattisen kriisin ensimmäinen vaihe on shokkivaihe, joka kestää trauman vakavuudesta ja ihmisestä riippuen yleensä minuuteista vuorokausiin. Shokkivaiheeseen kuuluu tapahtuman kieltäminen ja ajatusten siirtäminen muualle. Dissosiaatio-oireet johtuvat henkilön psyykkisen ylikuormittumisen ehkäisystä ja näkyvät päällepäin esimerkiksi tietoisuuden hämärtymisellä. Reaktiovaihe kestää joitakin kuukausia, jonka aikana uhri alkaa ymmärtää ja hahmottaa tapahtuneen ja alkaa kohdata trauman aiheuttamat tunteet. Korjaamisvaiheessa uhri alkaa jäsentää elämäänsä uudelleensuuntautumisen vaihetta kohti. Uudelleensuuntautumisenvaiheeseen pääsy saattaa kestää kauan ja sen työstäminen on pitkä prosessi. Syvä traumatisoituminen voi pahimmillaan johtaa pysyvään persoonallisuuden muutokseen. (Traumaterapiakeskuksen www-sivut 2010.) Traumaperäiset oireet vähenevät yleensä vuoden kuluttua tapahtumasta, mutta jos raiskaukseen on liittynyt suoranaista väkivaltaa, oireet saattavat kestää huomattavasti pidempään. (Ylikomi & Virta 2008, 25).

Traumaperäinen stressihäiriö muuttaa aivojen psykofysiologisia, rakenteellisia ja neurokemiallisia osia. Elimistön kortisolitasoa säätelevä HPA-akselin toiminta häi-

riintyy, joka voi osoittaa kroonistuneet pelko- ja stressireaktiot. Aivojen hippokampuksen toimintojen pieneneminen, jolla on suuri merkitys muistitoimintojen luomiseen ja mielikuvien syntymiseen, on tavallista vakavasti traumatisoituneilla. Koon muutokset on todettu heijastavan traumaperäisen stressihäiriön vakavuutta ja sen kestoa. Aivojen sähköisessä toiminnassa tapahtuneet muutokset aiheuttavat kontrolloimattomia mielikuvia, pelkojen kohdistamista epärealistisesti sekä ylireagointia emotionaalisiin muistikuviin. (Ylikomi & Virta 2008, 29-30.)

Traumaperäisen kriisin hoito on jaettu sen vaiheiden mukaan. Traumaattisen kriisin akuutissa - eli shokkivaiheessa psykososiaalinen tuki on ensiarvoisen tärkeää. Huolehtiva ja turvallinen ilmapiiri ja ympäristö on pyrittävä kokoamaan raiskauksen uhrin tukemiseksi. Shokkivaiheessa olevaa uhria ei saa jättää yksin, vaan hänelle tulee antaa täysi huomio. Häntä rohkaistaan puhumaan ja kuunnellaan keskeyttämättä pitämällä katsekontakti uhriin. Uhrille vastataan puhumalla selkeästi ja yksinkertaisesti, olemalla suora ja rehellinen ja ottamalla vastaan pahimmatkin kerrotut asiat. Uhrille luvatut asiat tulee pitää. Tietoa ja ohjausta annetaan aktiivisesti ja jatkohoito tulee turvata. Jokaisesta uhrista tulisi tehdä kiireellinen psykiatrian konsultaatiopyyntö. (Traumaterapiakeskuksen www-sivut 2010.)

Hakeutuessaan hoitoon raiskauksen uhri saattaa olla jo edennyt kriisiprosessissaan ja hänet voidaan ohjata suoraan reaktiovaiheeseen kuuluvaan kriisi-interventiohoitoon, joka sisältää erilaista neuvontaa, jälkipuintia ja seuranta. Traumaperäisiin häiriöihin voidaan yhdistää myös lääkehoito. Myöhemmissä vaiheissa uhri voidaan ohjata fokusoidun kriisiterapian ja post-traumaterapian piiriin. (Traumaterapiakeskuksen www-sivut 2010.)

3.2 Fyysiset seuraukset

Yhdysvaltalaiseen tutkimukseen osallistuneiden päivystyspoliklinikoiden naispuolisista potilaista 11-30 prosentilla oli fyysisen tai seksuaalisen väkivallan aiheuttamia ruhjeita, haavoja ja murtumia. Välittömät vammat sijaitsivat yleisimmin kasvoissa, kaulassa, rinnoissa ja vatsassa. Vaurioita oli myös ulkosynnyttimissä, emättimessä ja

peräaukossa sekä peräsuolen limakalvoilla, jotka altistivat tulehduksille. (Pikarinen & Halmesmäki 2003.) Raiskauksen uhrin hakeutuvat usein terveydenhuollon piiriin somaattisten oireiden takia. Terveysongelmat voivat johtua tapahtuneesta kudosvauriosta tai elimistön reagoimisesta stressiin. Uhrien tuntemukset omasta kehosta helposti vääristyvät ja tuskaiset tuntemukset saatetaan tulkita somaattisiksi vaivoiksi. (Ylikomi & Virta 2008, 23.)

Vatsakipu, ruoansulatushäiriöt ja päänsärky, sydänoireet sekä gynekologiset sairaudet ovat tavallisia. Joskus gynekologiset kivut tulkitaan suolistoperäisiksi, esimerkiksi ärtyneen paksusuolen aiheuttamiksi. Useissa tutkimuksissa on löydetty yhteys lapsuudenaikaisen seksuaalisen hyväksikäytön ja lantiopohjakipujen välillä. (Pikarinen ym. 2003.) Stressimallien avulla on myös selitetty immunologisten ja hormonaalisten muutosten ja riskikäyttäytymisen johtavan elimistön vastustuskyvyn heikkenemiseen ja sitä kautta herkästi sairastumiseen. (Ylikomi & Virta 2008, 23).

Wessmanin mukaan monet uhrin toivovat, että heiltä kysyttäisiin asiaa suoraan, koska häpeän tunne tapahtuneesta on niin suuri, että se estää asian esille ottamisen omatoimisesti. Epämääräisten oireiden vuoksi hoitohenkilökunta ei usein osaa etsiä syytä joskus jo vuosia sitten tapahtuneesta raiskaustraumasta. (Akuutin julkaisu 2005.) Stenson ym. (2001) tutki raskaana olevien naisten suhtautumista väkivaltakyselyihin ennen ja jälkeen synnytyksen ja naiset tämänkin tutkimuksen mukaan kokevat suoran kysymisen osoitukseksi välittämisestä ja huolehtimisesta. (Stenson, Saarinen, Heimer & Sidenvall 2001, 3-8).

4 SEKSUAALIVÄKIVALLAN UHRIN HOIDON OSA-ALUEET

Seksuaaliväkivallan uhrin akuuttihoitolla tarkoitetaan hoidollista vuorovaikutusta ja interventioita, jotka toteutetaan tapahtuneen raiskauksen jälkeen. (Ylikomi & Punamäki 2007, 877). Akuuttihoito perustuu potilaan turvallisuuden takaamiseen, tukemiseen, tiedottamiseen ja tarkkailuun. Hoidon muistisääntönä toimivat periaatteet: turvaa, tue, tiedota ja tarkkaile. (Nykänen 2004.)

Uhrin fyysiseen tutkimukseen kuuluu myös vahvasti henkinen ensiapu, psyykkisen tilan arviointi ja seurannasta sopiminen hoitavan tiimin kanssa sekä tarvittaessa jatkohoidon varmistaminen. Henkiseen ensiapuun raiskatun akuuttihoitossa kuuluu ensisijaisesti turvallinen läsnäolo, uhrin turvallisuuden varmistaminen, tuen tarjoaminen, rauhallisuus ja rauhoittelu. Usein shokissa olevan uhrin selviytymisen arviointi ja psykososiaalinen tasapaino sekä hoitopolkujen hahmottelu ovat keskeisiä jatkohoittoa ajatellen. (Ylikomi & Virta 2008, 46.)

Uhrin rikosoikeuden turvaamiseksi on tärkeää, että tutkimus tehdään huolellisesti, vaikka raiskauksen uhri ei haluaisikaan sillä hetkellä tehdä rikosilmoitusta. Todisteiksi kelpaavat näytteet ja tutkimus tulee tehdä akuuttihoitona aikana, koska niitä ei voi enää korvata myöhemmin. Samoin tarkka dokumentaatio tutkimustilanteesta tulee olla myöhempää käyttöä varten. Hoidossa keskeistä on yhteistyö terveydenhuolto- ja poliisiviranomaisten välillä. Raiskausrikos vanhenee 10 vuoden jälkeen ja törkeässä tapauksessa 20 vuoden jälkeen. (Sajantila 2007.)

4.1 Anamneesi ja status

Tutkimus- ja hoitoprotokolla käydään läpi tarkasti kohta kohdalta. Tutkimus alkaa taustatietojen ja anamneesin selvittelyllä. Tämän voi suorittaa hoitaja, jonka jälkeen lääkäri allekirjoituksellaan varmentaa asiat. Uhrilta varmistetaan henkilöllisyys jostakin pätevästä henkilöllisyyskortista. Jos uhri hakeutuu hoitoon poliisin saattamana, riittää kirjaamiseen ”poliisin saattama”. Uhrista kirjataan henkilöllisyystiedot sekä tarkka aika milloin on saapunut. Saattajien nimet ja yhteystiedot kirjataan ylös. Jos raiskauksen uhri on alaikäinen, kirjataan rikosilmoituksen tekijän nimi, esimerkiksi vanhempi. Tutkimuksen pyytäjän nimi kirjataan ylös, mikäli se on muu kuin uhri. Tutkimuksen suorittavan lääkärin nimi sekä tutkimuksen kellonaika merkitään ylös. Avustavan hoitajan nimi tulee myös näkyä taustatiedoissa. (Brandt ym. 2002.)

Taustatiedoissa tulee olla merkintä siitä, onko tutkittavaa hoidettu aiemmin samankaltaisen tapahtuman takia, sekä silloisen tutkimuksen tekijän nimi ja virka-asema. Kirjataan ylös myös jos tapauksen yksityiskohdat löytyvät poliisin tutkimuspyynnös-

tä sekä pyynnön päiväys ja laatijan nimi tietojen puitteissa. Lopuksi hoitaja pyytää kirjallisen luvan tutkimuksen tekoon. (Brandt ym. 2002.)

Anamneesiin hoitaja täyttää mahdollisimman paljon esitietoja uhrista. Tutkittavan vaatetuksesta selvitetään monia asioita. Huomioitavin asia on, onko tutkittava ehtinyt vaihtaa vaatteensa tapahtuman jälkeen vai onko hänellä yhä päällään vaatteet, jotka olivat päällä raiskauksen aikana. Vaatteet pyydetään riisumaan riittävän suuren paperin päällä jonka sisään vaatteet suljetaan poliisin jatkotutkimuksia varten. Vaatteista huomioidaan ovatko ne kunnossa, repeytyneet, likaantuneet tai tahriintuneet tai onko niissä muuta tutkimusten kannalta huomioitavaa. Puuttuvat vaatekappaleet huomioidaan myös. (Brandt ym. 2002.)

Raiskauksenjälkeiset tapahtumat ovat merkittäviä todistusaineiston kannalta. Anamneesiin kirjataan, mikäli uhri on pyyhkinyt itsensä tai peseytynyt, käynyt suihkussa, kylpenyt tai saunonut. Emättimen huuhtelu kysytään erikseen sen olennaisuuden takia. Muita tärkeitä asioita ovat suun huuhtelu, hampaiden harjaus, oksentaminen, virtsaaminen ja ulostaminen. (Brandt ym. 2002.)

Väkivaltatilanteesta hoitohenkilökunta pyrkii saamaan uhrilta mahdollisimman tarkat tiedot. Jos uhri osaa kuvailla tekijää tai tekijöitä, tulee havainnoista tehdä tarkka kuvaus. Tekijöiden lukumäärä ja teon verbaalinen kuvaus kirjataan uhrin kuvauksen mukaan. Verbaalisella kuvauksella tarkoitetaan sanallista uhkailua, nimittelyä ym. Teon fyysiseen kuvaukseen kirjataan mitä voimakeinoja raiskaaja oli käyttänyt. Hoitajan tulee kysyä myös penetraation kohteesta ja välineestä. Uhrilta kysytään, tapahtuiko hänen mielestään yhdyntää tai sen yritystä ja siemensyöksyä sekä niiden lukumäärät. Myös siemensyöksyn kohde tulee huomioida sekä kondomin käyttö raiskauksen aikana, jos siitä on tietoa. Joskus uhri ei osaa tai kykene vastaamaan hoitajan esittämiin kysymyksiin, mutta asiat on tärkeä kysyä uhrin jaksamisen mitoissa. (Brandt ym. 2002.)

Anamneesiin kirjataan, mikäli uhrilla on joitakin sairauksia tai lääkityksiä käytössään. Viimeksi otettujen lääkkeiden ajankohta merkitään ylös sekä erikseen viimeksi otettujen rauhoittavien lääkkeiden ajankohta, mikäli sellaisia on käytetty. Hoitaja selvittää onko uhri alkoholin tai huumaavien aineiden vaikutuksen alainen tutkimus-

hetkellä. Huumaavien aineiden käytöstä tulisi selvittää mahdollisimman tarkasti mitä aineita on käytetty ja milloin. Alkoholin ja muiden huumaavien aineiden käytöstä pyritään selvittämään onko niitä otettu raiskaustapahtuman aikoihin pakotettuna vai omasta tahdosta. (Brandt ym. 2002.)

Uhrin statuksen kirjaa lääkäri apunaan avustava hoitaja. Tutkittavan yleisilannetta kuvaillaan mahdollisimman eri tavoin sen mukaan miltä uhri vaikuttaa ja minkälaista hänen käyttäytymisensä on. Tutkittavasta arvioidaan esimerkiksi sulkeutuneisuutta, apaattisuutta, asiallisuutta, itkuisuutta, itsetuhoisuutta ja aggressiivisuutta. Tutkittava saattaa olla myös avoin, hillitty, hermostunut, shokissa tai hänellä on voi olla muistivaikeuksia ja ongelmia kontaktin luomisessa. Tajunnantila arvioidaan sekä tutkittavalta mitataan verenpaine, pulssi ja lämpö. Ruumiinrakennetta kuvaillaan sanallisesti ja mikäli raiskauksen uhri on alaikäinen, kuvataan hänen kehitysasteensa. Lääkäri haastattelee ja arvioi onko uhrilla nähtävissä joitakin stressireaktion oireita, kuten jännittyneisyyttä, vilunväreitä, kylmänhikisyyttä, pahoinvointia, vatsakipuja, oksentelua ym. (Brandt ym. 2002.)

4.2 Raiskaustutkimuksen tekeminen ja näytteenotto

Fyysisten vammojen kuvaamiseen tulee käyttää tarkkuutta ja aikaa. Kehon vammoista kuvaillaan sijainti, suunta, vammojen koko, muoto, väri ja vammojen yleinen ulkonäkö. Keholta löytyvien uusien ja vanhojen mustelmien ero tulee huomata. Vammat kirjataan sanallisesti ja kuvallisesti. Vammat suositellaan valokuvaamaan mitta-kaavaa apuna käyttäen niiden havainnollistamiseksi sekä niistä piirretään kuvat kehokaavioihin. Näillä keinoilla yhdessä pystytään varmistamaan vammojen huolellinen kuvaus. Mahdolliset vammat käydään läpi koko keholta sekä huomioidaan esimerkiksi irti revityt hiukset ja päänahan arkuus. (Brandt ym. 2002.)

Lääkäri tekee raiskauksen uhrille gynekologisen tai urogenitaalisuuden tutkimuksen. Gynekologisen tutkimuksen yhteydessä selvitetään jälkielektrisen tarve ja onko tutkittavalla aiemmin ollut yhdyntöjä tai gynekologista tutkimusta. Viimeisen vapaaehtoisuuden yhdyntöjen ajankohta kysytään ja sekä se mihin siemensyöksy silloin kohdistui.

Naisten kuukautiskierrosta ja käytössä olevasta ehkäisystä kysytään tarkempia tietoja jos ne katsotaan tärkeäksi. Naisten ja miesten ulkopuolisten sukupuolielinten vammojen kuvaamiseen käytetään samoja keinoja kuin muun kehon vammojen kuvaamiseen. Naisille tehdään myös spekulatutkimus ja sen löydökset kirjataan ylös. (Brandt ym. 2002.)

Raiskauksen uhrilta otettaviin näytteisiin tulee heti merkitä tutkittavan henkilöllisyystiedot, näytteenottaja sekä päivämäärä. Lääkärillä on vastuu näytteidenottotilanteesta, jotta myöhemmin ei ole aihetta epäillä näytteiden manipuloinnin mahdollisuutta. Kaikki näytteet säilytetään ennen jatkotutkimuksiin lähettämistä lukitussa tilassa ja niitä suositellaan säilytettävän ainakin kolme kuukautta myöhempää tarvetta varten, jos ei poliisin kanssa ole toisin sovittu. Kaikki tutkimusnäytteet ovat samat sukupuolesta riippumatta. Näytteen ottaja on aina lääkäri. (Brandt ym. 2002.)

Kliinisen tutkimuksen yhteydessä otettavat näytteet ovat veri- ja sylkitahranäytteet iholta, siemennestenäytteet iholta, ihonäyte kynsien alta ja virtsanäyte päihdetutkimusta varten. Mikäli uhrin vaatteet halutaan luovuttaa poliisille, niistä otettavat tahratutkimukset tehdään keskusrikospoliisin laboratoriossa. Jos vaatteita ei ole luovutettu, tahranäytteet saadaan vaatteista leikkaamalla alusmateriaaleineen säilytettäväksi suljetussa pussissa. Hiuksista ja kasvoista tahranäytteet otetaan leikkaamalla irti ja samoin sulkemalla pussiin talteen. Näytteidenotossa tulee huomioida, että vain yksi näyte tulee yhteen pussiin. (Brandt ym. 2002.)

Urogenitaaliseudun tutkimuksen yhteydessä otetaan häpykarvojen irtokarvanäyte, joka saadaan kammalla, jonka juureen on asetettu pumpulia irtokarvojen keräämiseksi. Irtokarvat sekä kampa suljetaan pussiin. Häpykarvavertailunäytettä varten nypittää 10-20 häpykarvaa. Siemennestenäytteet otetaan vaginan sivuseinämästä, takapohjukasta, kohdunnapukasta ja peräsuolesta. Näytteet otetaan pumpulitikulla. Klamydianäyte ja tippurinäyte otetaan kohdunnapukasta, virtsaputkesta tai peräsuolesta ja tutkitaan kuten missä tahansa vastaanottotilanteessa. (Brandt ym. 2002.)

Verinäytteet ottaa joko lääkäri tai laboratoriohoitaja lääkärin läsnä ollessa. Verestä tutkitaan DNA-vertailunäyte, kardiolipiini, HIV- ja B- ja C- hepatiittivasta-aineet sekä alkoholi- ja päihdenäyte. Hepatiittirokotusta tarjotaan niille asiakkaille, jotka

sitä toivovat. Jos raiskaajan tiedetään olevan HIV-positiivinen, harkitaan HIV-estohoitoa. HIV-vasta-aineet otetaan kontrollinäytteenä 3-6 kk kuluttua. Kertaannoshoito klamydiaan ja tippuriin voidaan antaa oireettomalle. Kaikki näytteet, paitsi DNA-vertailunäyte, alkoholi- ja päihdenäyte sekä virtsanäyte ja sukupuolitauteihin viittaavat näytteet lähetetään tutkittaviksi keskusrikospoliisin laboratorioon jonka jälkeen ne luovutetaan poliisille jos rikosilmoitus on tehty tai muussa tapauksessa palautetaan terveyskeskukseen lukittuun pakastesäilöön. Kaikkiin näytteisiin saa konsultaatioapua Helsingin yliopiston päivystävältä oikeuslääkäriltä. (Brandt ym. 2002.)

Raiskaustutkimus tehdään usein silloin kun uhri on herkimmillään toisen ihmisen kohtelulle ja koskemiselle ja siksi oikeanlainen kohtaaminen korostaen inhimillisyyttä, kunnioittamista ja luotettavuutta on muistettava edistääkseen traumasta paranemista. (Ylikomi & Virta 2008, 46-48). Mikäli mahdollista, raiskaustutkimuksen suorittaa lääkäri, jolla on osaamista raiskaustrauman lääketieteellisiin ja psykologisiin seurauksiin. Lääkärin vastuulla on uhrin hoitaminen ja seurannasta vastaaminen sekä psykososiaalisen tuen ja terapian koordinoinnin järjestäminen ja hänen kanssaan työskentelee tiiviisti uhrin nimetty vastuuhuhoitaja. (Ylikomi & Virta 2008, 46.)

Asiakkaalle tulee kertoa selkeästi minkälaisia toimenpiteitä ja tutkimuksia tarvitaan ja minkä takia. Asiakkaan esittämiin kysymyksiin vastataan ja tutkimuksiin liittyviä pelkoja pyritään lieventämään. Tutkimusten toteuttaminen tulisi tapahtua asiakkaan vointi ja tunnereaktiot huomioon ottaen. Tutkimusten suunnittelun ja hoidon aikana asiakasta tulee tarkkailla ja oireisiin reagoida. Asiakkaalle perustellaan tutkimuksen tekemisen ja näytteidenoton tärkeys rikosilmoituksen kannalta, vaikka ilmoitukseen ei oltaisi heti valmiita. Uhrin luvalla tehtävät tutkimus- ja hoitotoimenpiteet suositellaan tehtäväksi riippumatta siitä, haluaako uhri sillä hetkellä ilmoittaa poliisille tai ei, koska näytteitä ei voida korvata myöhemmin. (Brandt ym. 2002.)

Tutkimustilanteissa uhrin voi olla pelkojensa takia vaikea jäädä kaksin lääkärin kanssa ja tutkimusten suorittaminen voi olla vaikeaa. Lääkärin sukupuolella voi myös olla vaikutusta asiaan. Luottamuksen luomiseen tulee panostaa kiireettömällä asenteella, kuuntelemalla ja kunnioittamalla. Silti se voi olla joskus hyvin vaikeakin tehtävä. On tärkeää selvittää jatkuvasti mitä tehdään ja miksi. Jutteleminen vähentää pelkoja ja

uhrilla on mahdollisuus palauttaa tunnetta oman kehon kontrollista. Tutkimustilanteessa voi olla tukihenkilö mukana uhrin toivomuksesta ja tapauskohtaisen harkinnan kautta. Tukihenkilönä tulisi toimia vastuuhoitaja tai uhrin omainen. Silloin on kuitenkin varmistuttava siitä, että omaisen paikalla ollessa uhri voi puhua tapahtuneesta vapaasti. Koska monet raiskaustapaukset ilmenevät lähisuhteissa ei omaista saa päästää uhrin lähelle, mikäli on pienintäkään epäilystä siitä, että omaisella on jotain tekemistä raiskauksen kanssa. Tutkimukset voidaan jakaa eri päiville, vain nopeasti tuhoutuvat näytteet tulee ottaa heti. Gynekologisten tutkimusten ajaksi voidaan harvita kipulääkitystä jos sille on tarvetta. Kun tutkimukset on suoritettu, uhrille kerrotaan mitä seuraavaksi tapahtuu ja mitä hänen pitäisi tietää. (Brandt ym. 2002.)

Raijas (2000) tutki uhrien kokemuksia lääkärintutkimuksesta. Tutkimukseen osaa ottavista raiskauksen uhreista vajaa puolet oli käynyt lääkärin tutkimuksessa ja tehnyt rikosilmoituksen. Lääkärintutkimus oli ollut negatiivinen kokemus puolelle vastaajista ja myönteiseksi sen oli kokenut 28,6 %. Neutraaliksi kokemukseksi sen arvioi 9,4 %. Rikosilmoituksen teon koki puolet vastaajista yleisesti positiiviseksi. Tapahtumasta kertomisen yhteydessä negatiivista kohtelua koki saaneensa runsas kolmasosa vastaajista ja kolmasosa oli kokenut saaneensa neutraalia kohtelua muilta ihmisiltä. Myönteiseksi koettua sosiaalista tukea kertoi saaneensa kolmasosa tutkittavista. (Raijas 2000, 21.)

Akuuttihoidossa annetaan välitön ensiapu hoitotoimenpiteineen, esimerkiksi haavojen puhdistus ja hoito. Kotiutuessa univaikeuksien ja muiden psyykkisten ja fyysisten oireiden hoidosta tulee huolehtia lääkitsemällä oireidenmukaisesti. Uhri saattaa tarvita kipulääkitystä, rauhoittavaa lääkitystä, unilääkitystä ja jälkielekääntä tai muita mahdollisia lääkityksiä. Oikeudenkäyntiä varten tarvitaan lääkärilausunto ja psykiatrinen lääkärilausunto. Lausuntoja ei kuitenkaan tehdä akuuttihoidon yhteydessä. (Brandt ym. 2002.)

4.3 Psykososiaalinen ensiapu

Ensimmäisellä hoitokontaktilla on suuri merkitys uhrin inhimillisen kärsimyksen vähentämiseen. Jo vähäinen hoidollinen panostus on merkittävää uhrin jatkoselviytymisen kannalta. Kuten edellä mainittu, raiskauksen uhreilla esiintyy usein mielenterveysongelmia myöhemmässä elämänvaiheessa vaikka akuuttivaiheesta olisikin päästy jo yli ja runsas terveystalvelujen käyttö on tavallista. Psykososiaalisen ensiavun tulee olla osa hoitoketjun alkua, jolloin tulee suunnitella uhrin terveydentilan seuranta sekä ajallaan suoritettu tutkimus ja hoito. Koska raiskauksessa toinen ihminen on tahallisesti aiheuttanut trauman ja siihen liittyy kokonaisvaltainen itsemääräämisen loukkaus, on sitä erityisen vaikea lähteä purkamaan ja käsitellä. (Ylikomi & Virta 2008, 38.)

Raiskauksen uhri saattaa hakeutua terveyskeskukseen tai päivystykseen monilla vaurukkeilla ja voi olla hyvin vaikeaa kertoa oikeata syytä käynnille. Huolen aiheena voivat olla esimerkiksi raskauden mahdollisuus, sukupuolitaudit tai vammat ja ruhjeet. Tapahtunutta tulee alkaa selvittää, jos herää pienikin epäily raiskauksen mahdollisuudesta. Kaikkien pahoinpitelypotilaiden kohdalla tulee myös muistaa raiskauksen mahdollisuus. Olisi suotavaa, että asiakkaan ei tarvitsisi kertoa tapahtuneesta kuin kerran sen arkaluonteisuuden takia. Asiaa selvitellessä tulee varmistaa asiakkaan yksityisyys, sekä kuulo- että näkösuoja ja kysyä suoraan mitä on tapahtunut. Jos mahdollista, tulee kirjata asiakkaan omin sanoin kerrottu kuvaus tapahtuneesta. Rohkaisu ja kannustus on tärkeää, sekä muistuttaminen siitä, ettei asiakas ollut syypää tapahtuneeseen ja että oli oikein hakea apua. Jutteleminen asiakkaalle ja tukeminen henkisesti myötätuntoisella tavalla auttaa asiakasta luottamaan ja avautumaan. (Brandt ym. 2002.)

Terveydenhoitohenkilökunnan ensisijainen tehtävä hoitaessa raiskauksen uhria, on yrittää palauttaa särjetty turvallisuudentunne. Hoidon ajaksi olisi hyvä nimetä vastuuhoitaja joka huolehtisi uhrin hyvinvoinnista hoitokäynnin ajan. Vastuuhenkilö pystyy luomaan turvallisuudentunnetta selkeän vuorovaikutuksen avulla, luotettavien ja turvallisten rajojen luomisella, myötätuntoisella ja ymmärtävällä suhtautumisella ja konkreettisella huolenpidolla. Huolenpidolla, rohkaisulla ja kannustuksella voi-

daan edesauttaa myönteisten mielikuvien syntymistä itsestään. Tärkeimmät periaatteet uhria hoitaessa ovat uhrin kertoman tapahtuman uskominen, syylistämättä oleminen, kuunteleminen, myötätuntoisen avun ja huolenpidon antaminen sekä kriisiavun saamisen varmistaminen. Tapahtuneen vähättely, syylistäminen, kylmäkiskoinen vuorovaikutus ja toiminta ja yksin jättäminen vaikuttavat negatiivisesti traumaprosessoinnin kulkuun. (Brandt ym. 2002.)

Akuuttihoitoon on kehitetty erilaisia interventioita joilla ehkäistä myöhempien mielenterveysongelmien syntyä ja riskin lisääntymistä. Oikeuslääketieteellisen tutkimuksen yhteyteen on kehitetty psykoedukatiivinen video, jolla on tarkoitus lieventää uhrin pelkoja ja ahdistusta tutkimuksiin liittyen ja edesauttaa trauman käsittelyä. Resnic, Acierno, Kilpatrick ja Holmesin videointerventio ei kuitenkaan tulosten mukaan ole ollut akuuttihoitossa riittävän hyödyllinen ennaltaehkäisemään psykiatristen häiriöiden syntyä. Todettiin kuitenkin, että uhrien lievien huumeiden käyttöön sillä oli positiivista vaikutusta. (Ylikomi & Virta 2008, 38.)

Myöhempään terapiaan uhrien psykososiaalisen toimintakyvyn palauttamiseksi ja tukemiseksi on kehitetty erilaisia traumafokusoituja terapiamuotoja, mikä ei kuitenkaan poissulje tukea antavaa ja uhria kunnioittavaa ensiapua. Molemmat vaiheet tukevat toisiaan uhrin inhimillisen kärsimyksen vähentämisessä ja niillä on trauman hoidossa erilainen ajankohta ja tehtävä. Koska uhri on akuuttihoiton aikana ja usein myöhemminkin vetäytyvä ja vaikenee herkästi, on apua tarjottava aktiivisesti. Hoitamaton raiskaustrauma erityisesti nuorilla naisilla vaikuttaa kokonaisvaltaisesti psykofyysiseen ja sosiaaliseen kehitykseen ja helposti aiheuttaa esimerkiksi oppimisvaikeuksia. Negatiiviset uskomukset ja ajatukset ympäristöstä, itsestä ja muista ihmisistä aiheuttavat toivottomuudentunnetta ja särkevät elämän kokonaiskuvan hahmottamisen, jotka kasvattavat riskiä syrjäytymiseen. (Ylikomi & Virta 2008, 41-42.)

Yksilölliset erot raiskaustrauman merkityksessä, fysiologisissa ja kognitiivisemotionaalisissa reaktioissa ovat suuret, sekä siinä miten uhri hakee ja vastaanottaa sosiaalista tukea. Yksilölliset erot korostuvat erityisesti akuuttivaiheessa ja niillä on suuri merkitys valmiuteen hakea apua ja vastaanottaa sitä. Yksilöllisen psykososiaalisen tuen suunnittelulla on suuri merkitys akuuttihoiton aikana, koska keskeneräiseksi jäänyt ja puutteellinen traumakokemuksen prosessoinnin alku johtaa helposti uhrille

tyypillisiin masennus- ja ahdistusoireisiin sekä kasvattaa traumaperäisen stressihäiriön vakavuutta. Raiskaustraumasta aiheutuvat muutokset ihmisessä voivat näkyä käyttäytymisessä, ajattelussa ja tunteissa vuosikymmeniä, ellei uhri saa asianmukaista hoitoa. (Ylikomi & Virta 2008, 39.)

Raiskauskokemuksen salaaminen ja siitä aiheutuvien tunteiden tukahduttaminen, kuten myös välinpitämätön kohtelu, vähättely ja hoidon puutteellisuus altistavat somaattisille ja psykiatrisille ongelmille myöhemmin. Hoitajan ja lääkärin tulee korostaa uhrille, että tapahtuneesta voi selvitä ja että tukea on saatavilla. Akuuttihoidon toteutuessa hyvin on mahdollisuus palauttaa uhrille turvallisuudentunne ja aloittaa raiskaustrauman prosessointi. Vetäytyvää uhria tulee rohkaista myötätuntoisesti kohtaamaan kokemuksen aiheuttamat tunteet. Jos uhri on täydellisessä shokkitilassa ja kärsii intrusiivisista oireista häntä on tuettava rauhallisesti hahmottamaan tapahtunutta. (Ylikomi & Virta 2008, 46-48.)

Odotustilanteissa uhrille täytyy suoda turvallinen ja rauhallinen tila, jossa hänellä on tieto henkilökunnan läheisyydestä. Uhria kannustetaan pyytämään turvallinen omaisen tueksi ja kysytään onko jotain käytännön asioita joista hän on huolissaan, kuten lastenhoito. Tukihenkilön voi saada paikalle myös esimerkiksi kriisikeskuksesta. Turvaa ja huolenpitoa voidaan antaa monella eri tavalla. Konkreettisia huolenpidon keinoja ovat esimerkiksi viltti harteille ja tutkimusten jälkeen suihkuun pääsy ja puhaiden vaatteiden anto. Asiakasta ei tule jättää yksin, vaan hänen tilaansa tulee seurata. (Brandt ym. 2002.)

Raiskauksen uhrin ikä vaikuttaa hoidon suunnitteluun. Akuuttihoidon aikana tulee keskustella rikosilmoituksen teosta jos uhri ei ole sitä vielä tehnyt sekä kerrotaan oikeudesta saada maksuton oikeusavustaja ja tukihenkilö. Rikosilmoituksen tekoon ei saa painostaa. Usein rikosilmoituksen tekoon ollaan valmiita vasta shokkivaiheen jälkeen. Täysi-ikäisiltä uhreilta kysytään lupaa pyytää poliisiviranomainen paikalle, ellei rikosilmoitusta ole jo tehty. Jos seksuaaliväkivaltaa on todistettavasti tapahtunut, lääkärin vastuulla on päättää alaikäisen vanhemmille ja poliisille ilmoittamisesta niissäkin tapauksissa kun uhri ei itse näin haluaisi. Laki velvoittaa sosiaali- ja terveydenhuollossa toimivaa tekemään lastensuojeluilmoituksen alle 18-vuotiaasta. (Tiitinen 2010.)

4.4 Jatkohoidon turvaaminen

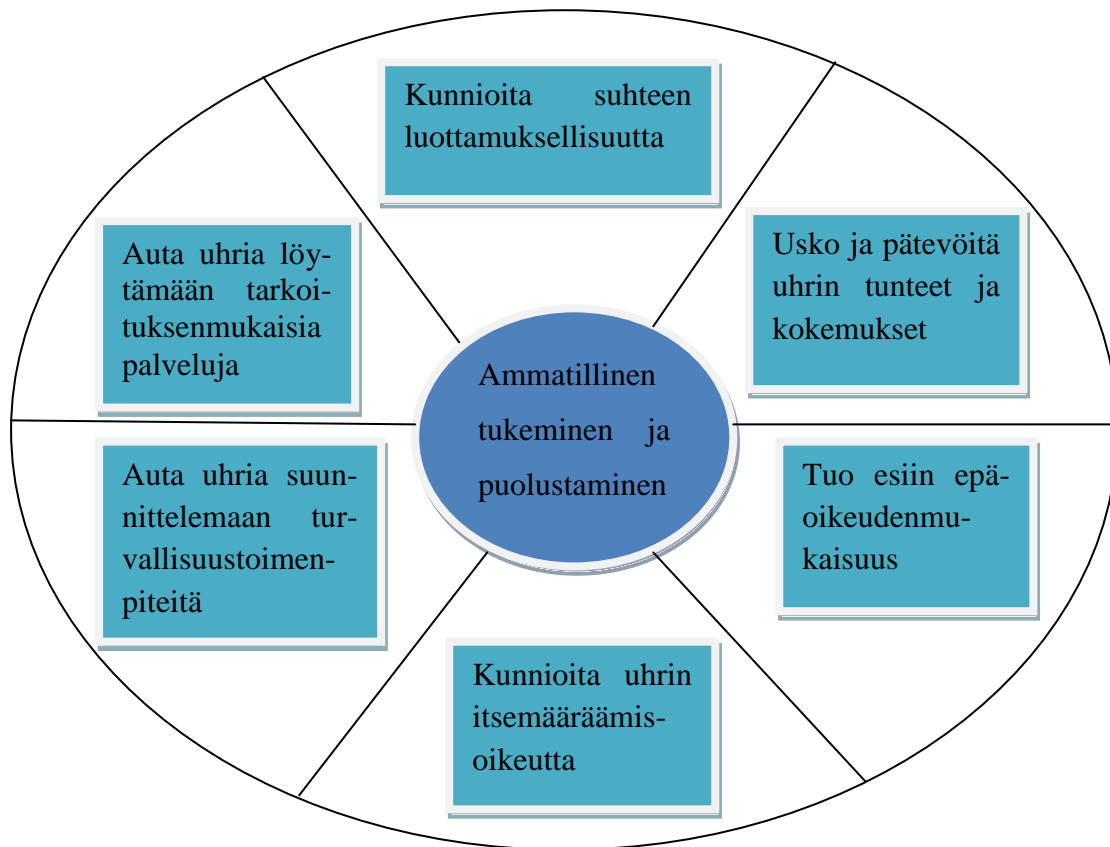
Makkosen, Mäkelä-Bengsin, Sajantilan ja Salon tehdyssä selvityksessä nuorten raiskaustraumauhrien hoitoon ohjaus toteutuu huonosti. Vuosina 1999-2002 seksuaaliväkivallan epäilyjen vuoksi terveydenhuollon piiriin tulleiden 12-17-vuotiaiden akuuttihoitoon kuuluva hoitoon ohjaus osoittautui puutteelliseksi, jolloin jatkohoitoon ohjattiin vain osa nuorista uhreista. Monien kohdalla jatkohoitoon hakeutuminen oli kiinni uhrin omasta aktiivisuudesta. Lakisääteisiä lastensuojeluilmoituksia nuorista uhreista tuli tehdyksi harvoin. (Ylikomi & Virta 2008, 41-42.)

Tätä tukee Lahdensivun ym. tekemä tutkimus (2003), jossa kartoitettiin alle 18-vuotiaiden nuorten selviytymistä raiskauksen tai raiskausyrityksen jälkeen ja selvitettiin tuen hakemista ja sen riittävyyttä. Tutkittavista (n=12) kolme koki saaneensa tukea ammattiauttajalta, mutta vain kaksi oli hakeutunut ammattiauttajalle itse, johtuen tietämättömyydestä, peloista ja häpeästä. Tutkimuksen mukaan nuorten selviytymisen tuen avulla ilmeni eri tavoin ja selviytymiskeinoista tärkeimpänä koettiin ammattiauttaja ja läheiset. (Lahdensivu, Montonen & Saarinen 2003, 41-42.) Saattaa olla, että raiskauksen uhri on elämässään kokenut muitakin traumaattisia kokemuksia tai psyykkisiä ongelmia ja hoidon tarve tulee ilmi raiskaustrauman myötä. Näissä tapauksissa ehdoton jatkohoidon turvaaminen on tärkeää. (Ylikomi & Virta 2008, 41-42).

Jokaiselle raiskauksen uhrille tulee järjestää jonkinlaista kriisiapua. Kriisiavun tarve tulee selvittää tarkoin. Mielenterveyden riskitekijöiden arvioinnissa kartoitetaan aiempi traumahistoria, päihdehistoria ja fyysisen ja psyykkisen terveyden osalta anamneesi. Osalla uhreista ei ole tarvetta ulkopuoliselle tuelle, mutta mitä useampi riskitekijä löytyy, sitä enemmän tulee korostaa psykososiaalisen tuen tärkeyttä. Voimakkaita riskilöydöksiä ovat aiemmin läpikäydyt traumat, vahva dissosiaatiolöydös, fysiologiset reaktiot esimerkiksi tihentynyt sydämensyke, aiemmat psyykkiset sairaudet ja päihdeongelmat. Sosiaalisen tuen puute ja nuori ikä ovat myös huomattavia riskejä. Kartoituksen perusteella saadaan tietoa tuen tarpeen kiireellisyydestä, hoitomenetelmistä sekä suunnitellun hoidon mahdollisesta kestosta. (Ylikomi & Virta 2008, 46-49.)

Erilaisilla tukitoimenpiteillä yritetään varmistaa uhrin turvallisuus ja huolehtia hänen perustarpeistaan. Turvallisuuden kartoittamiseksi tulee ensisijaisesti selvittää, minkälainen kotitilanne on, onko uhrilla ihmisiä lähellään tukemassa ja kuinka paljon he voivat olla paikalla, keitä he ovat ym. Yhdessä selvitetään onko kotona jotakin vaaraa tai onko uhri vaaraksi itselleen. Jos ilmenee, että uhri ei voi palata kotiin eikä hänellä ole muuta turvallista paikkaa mihin mennä, voidaan uhrille järjestää esimerkiksi osastohoito tai mahdollisuus turvakotiin pääsyyn. Tulee varmistaa, että uhri pääsee turvallisesti paikkaan johon on siirtymässä. Mielellään uhrille taataan turvallinen saattaja ja henkilö joka voi olla paikalla akuuttivaiheen yli huolehtimassa perustarpeista ja saattamassa lääkäri- ja poliisikäynneille. Uhri tulee ohjata ensisijaisesti turvautumaan omaan sosiaaliseen tukiverkostoonsa. Kriisitilanteessa tulee tarjota ammattilaisten antamaa psykososiaalista tukea. Mahdollisia sosiaalipalveluita ovat esimerkiksi perhe- ja lastenhoito jota kunnat järjestävät. Erilaisten yhdistysten tarjoama kriisi-, juristi-, tukipalvelut ym. voidaan liittää osaksi hoitopolkua. (Ylikomi & Virta 2008, 46-49.)

Kaiken tärkeän tiedon antaminen uhrille kirjallisena on tärkeää. Erilaisten tukipalveluiden ja järjestöjen yhteystiedot tulee antaa mukaan vielä akuutin tuen tarpeen järjestämisen jälkeenkin. Hoidon jatkosuunnitelma laaditaan asiakkaan kanssa yhteistyössä. Jatkosuunnitelmaan kuuluvat kontrollitutkimusten aikataulun suunnittelu sekä tutkimustulosten saamisen selvittäminen. Asiakkaalle selvitetään mihin ottaa yhteyttä tarvittaessa. Tarvittaessa poliisiviranomaisiin tehtävästä yhteydenotosta keskustellaan vielä. Jos uhri voi kotiutua suoraan akuuttihoitosta, tulee huolehtia sairauslomatarpeen kysymisestä. (Brandt ym. 2002.)



Kuvio 1. Ammatillinen tukeminen ja puolustaminen (Lehtonen & Perttu 1999, 76.)

4.5 Sijaistraumatisoituminen

Seksuaaliväkivallan uhrien kanssa työskentelemistä pidetään kohtuuttoman vaikeana haasteena. Työ on kuormittavaa niin henkisesti kuin fyysisestikin ja siihen liittyy vaaroja. Työntekijän on osattava ja jaksettava kohdata omaan persoonallisuuteen vahingollisesti vaikuttavia asioita. Sekundaarisen eli sijaistraumatisoitumisen riski on suuri. Ammatillisuus on tärkeää, sekä on muistettava, että maailma ei ole vain rumuutta ja väkivaltaa. Kauniilla hoitoympäristöllä on myönteinen vaikutus. Ammattitaitoisella työnohjauksella sekä työstä irtautumisella on suuri merkitys, koska kenenkään psyykinen terveys ei kestä jatkuvaa trauma-altistumista. (Kaukonen, Raijas ym. 2003, 21-22.)

Työntekijän niin sanotusta myötätuntuupumuksesta on puhuttu vasta 1990-luvulta lähtien. Vuosien saatossa yhä enemmän on alettu kiinnittää huomiota siihen, kuinka trauma-altistuminen vaikuttaa työntekijään. Tällä tarkoitetaan kielteistä muutosta, joka tapahtuu auttajan kokemusmaailmassa, kun hän joutuu suojautumaan traumakokemuksilta. Empaattisen kokemuksen kautta auttajaan siirtyy samankaltaisia tunteita ja reaktioita kuin autettavilla on. Työntekijä, joka työskentelee traumatisoituneiden ihmisten parissa, on sijaistraumatisoitumisen riskissä jatkuvasti. Asiakkaan kertoma yksityiskohtainen tapahtuma voi traumatisoida siis myös kuuntelijan ja riski on sitä suurempi, mitä vähemmän työntekijällä on kokemusta. Sijaistraumatisoitumisen riskin tiedostaminen ja myöntäminen auttaa työntekijän itsestään huolehtimista sekä on osa ammatillisuutta. Sijaistraumatisoituminen saattaa näkyä masennuksena, kyynisyytenä, epätoivona tai eristäytymisenä. Edellä mainittu työnohjaus on tärkeää työssä jaksamiselle traumaattisten tapahtumien parissa erityisesti, jos hoitotyöntekijä ei ole saanut koulutusta kriisihoitoon. (Ylikomi & Virta 2008, 47, 49.)

5 TARKOITUS JA TAVOITTEET SEKÄ TUTKIMUSONGELMAT

Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää, miten päivystyspoliklinikan hoitohenkilökunta hoitaa seksuaaliväkivallan uhria. Tavoitteena on selvittää hoitohenkilökunnan omia kokemuksia heidän ammatillisista valmiuksistaan sekä kartoittaa hoitohenkilökunnan ammatillisia valmiuksia seksuaaliväkivallan uhrin hoidossa. Tutkimustuloksia voidaan hyödyntää kehitettäessä hoitohenkilökunnan valmiuksia seksuaaliväkivallan uhrin hoitamisessa.

Tutkimusongelmat ovat

1. Minkälaisiksi hoitohenkilökunta kokee ammatilliset valmiutensa hoitaa seksuaaliväkivallan uhria?
2. Minkälaiset ovat hoitohenkilökunnan ammatilliset valmiudet hoitaa seksuaaliväkivallan uhria?

6 TUTKIMUKSEN EMPIIRINEN TOTEUTTAMINEN

6.1 Tutkimuksen kohde

Perusjoukolla tarkoitetaan kaikkia mahdollisia tutkimuksen kohteena olevia henkilöitä. Perusjoukosta valitaan otos, joka tutkitaan tutkimusaineiston keräämiseksi. Otantutkimuksessa perusjoukosta pyritään tekemään päätelmiä otoksen avulla saaduista tutkimustuloksista. Otoksen tulee edustaa riittävän hyvin perusjoukkoa, jotta voidaan muodostaa pienoiskuva tietystä perusjoukosta. (Mellin 1997.)

Kohdeorganisaatioksi valikoitui kaksi pääkaupunkiseudun päivystyspoliklinikkaa, joihin sillä alueella seksuaaliväkivallan uhrien hoito keskittyy. Vuosittain päivystyspoliklinikat hoitavat arviolta kymmenistä muutamaan sataan seksuaaliväkivallan uhria. Kyseessä oleviin kohdeorganisaatioihin ei ollut aiemmin tehty vastaavasta aiheesta tutkimusta. Toisessa kohdeorganisaatiossa yksi vastaaja ilmoitti olevan tietyt hoitajat seksuaaliväkivallan uhrien hoitamiseen aiheen raskauden takia, ei kuitenkaan erikseen määrättyinä. Kohdejoukoksi valittiin päivystyspoliklinikoilla työskentelevät hoitajat, lääkärit sekä muut päivystyspoliklinikalla työskentelevät terveydenhuollon ammattihenkilöt, jotka työssään kohtaavat seksuaaliväkivallan uhreja.

Koska pyrittiin saamaan tutkimuksen otos mahdollisimman kattavaksi, oli perusteltua esittää kahta eri kohdeorganisaatioita yhteistyöhön. Tutkimuslupa opinnäytetyön tekemiseen haettiin Helsingin kaupungin Tutkimustoiminnan koordinaatioryhmältä (TUTKA) maaliskuussa 2010. Lupa tutkimuksen tekemiseen (LIITE 3) saatiin 1.4.2010 perusteina aiheen ajankohtaisuus ja päivystystoiminnan kehittämis- ja laatu-työn edistäminen. Kohdeorganisaatioiden yhteyshenkilöinä tutkimuksen ajan toimivat ylihoitajat molemmista kohdeorganisaatioista.

6.2 Tutkimusmenetelmän valinta ja kyselylomakkeen laadinta

Opinnäytetyö toteutettiin kvantitatiivisena eli määrällisenä tutkimuksena. Kvantitatiivisen tutkimuksen tekeminen edellyttää tarpeeksi suurta sekä edustavaa otosta eli kohdejoukkoa. Tutkittavia asioita kuvataan numeeristen suureiden avulla ja saatuja tuloksia havainnollistetaan erilaisilla taulukoilla ja kuvioilla. Määrällisen tutkimuksen avulla voidaan kartoittaa nykytilanne, kuitenkin syiden jäädessä usein epätietoon. Aineistonkeruumenetelmänä käytettiin strukturoitua kyselylomaketta (LIITE 2). Strukturoidut eli suljetut kysymykset ovat tarkoituksenmukaisia silloin, kun vastausvaihtoehtoja on rajoitetusti. Siinä vastaaja valitsee parhaimmaksi näkemänsä vaihtoehdon annetuista mahdollisuuksista. Vastausvaihtoehtojen antaminen voi vähentää virheitä kun vastaaminen ei esty esimerkiksi kielivaikeuksien takia. Strukturoituun kyselylomakkeeseen vastaaminen on nopeaa ja tutkimustulosten käsittely ja analysointi on selkeää. (Heikkilä 2008, 50-51.)

Ennen kyselylomakkeen laatimista perehdyttiin aiheeseen liittyvään kirjallisuuteen, jonka kautta tutkimusongelmat, operationalisointi ja tutkimusasetelman valinta sekä tutkimuksen tavoite selviytyvät. Ennen kyselylomakkeen laatimista tulee tietää mihin kysymyksiin halutaan vastauksia ja kuinka tarkkoja vastauksia halutaan. Oleellista on, että aineistonkeruun jälkeen kysymyksiä ei voi muuttaa. (Heikkilä 2008, 16.)

Tämän opinnäytetyön kyselylomakkeen laadinnassa on käytetty apuna mittaria, joka on kehitetty edistämään raiskatun naisen hoitotyön valmiuksia Jyväskylän seudulla. Mittarin kehittäjiin otettiin yhteyttä ja mittarin käyttöön saatiin lupa helmikuussa 2010. Tätä mittaria on käytetty runkona ja sitä on muokattu tätä opinnäytetyötä varten vastaamaan paremmin kyseessä olleita tutkimusongelmia. Kyselylomake koostui kolmesta eri osiosta. Ensimmäisessä osiossa kysyttiin vastaajan taustatietoja (kysymykset 1-7). Toinen osio käsitteli kokemuksia ammatillisista valmiuksista hoitaa seksuaaliväkivallan uhria (kysymykset 8-31) ja kolmas osio ammatillisia valmiuksia hoitaa seksuaaliväkivallan uhria (kysymykset 32-70). Tietotaito-osion kehittämisessä käytettiin pohjana teoriatietoa seksuaaliväkivallan uhrin hoidosta lähteenä Rapkansiota sekä Terveysportti. Ammatillisten valmiuksien kokemuksiin liittyviin kysymyksiin käytettiin aikaisempien tutkimusten tuloksia ja vallitsevia käsityksiä.

Lomake tulee esitestata ennen käyttöä. Testauksella pyritään saamaan kysymykset ja ohjeet mahdollisimman selkeiksi, yksiselitteisiksi ja vastausvaihtoehtojen sisältö toimivaksi. Pyritään myös selvittämään vastaamiseen kuluva aika ja vastaamisen raskautavuus. Esitestauksella pyritään karsimaan turhat kysymykset pois, muokkaamaan kaavakkeesta looginen ja mahdollisesti lisäämään kysymyksiä tarvittaessa. (Heikkilä 2008, 61.) Tähän opinnäytetyöhön laadittua mittaria esitestattiin kolmella sairaanhoitajaopiskelijalla, jonka jälkeen siihen tehtiin sanamuotojen muutoksia ennen aineistonkeruuta.

Tässä opinnäytetyössä kyselylomake koostui strukturoiduista kysymyksistä, jossa käytettiin monivalintakysymyksiä sekä oikein/väärin -väittämiä. Vastausvaihtoehdot esitettiin Likert -asteikolla yhdestä neljään. Kyselylomakkeen alkuun pyrittiin laittamaan helposti vastattavia kysymyksiä pitämään vastaajan mielenkiintoa yllä. Kyselylomakkeesta pyrittiin tekemään selkeä ja yksiselitteinen. Kysymyksiä lomakkeessa oli yhteensä 70 kpl.

6.3 Tutkimusaineiston keruu

Tutkimusaineisto kerättiin päivystyspoliklinikoilta heinä-elokuun 2010 aikana. Kyselylomakkeet toimitettiin ja haettiin henkilökohtaisesti kohdeorganisaatioista 15.8.2010. Lomakkeita toimitettiin yhteensä 150 kappaletta, 75 kappaletta kumpaankin kohdeorganisaatioon. Kyselylomakkeiden määrä arvioitiin vastaajien lukumäärän mukaan. Lomakkeet luovutettiin työvuorossa olevalle vastaavalle hoitajalle, joka toimitti ne hoitotyöntekijöiden ja lääkärin saataville työpisteeseen. Kyselylomakkeet suljettiin vastaamisen jälkeen kirjekuoreen. Kyselylomakkeeseen liitettiin saatekirje (LIITE 1), jonka tarkoitus oli motivoida vastaajaa ja selvittää vastaajalle tutkimuksen taustaa ja tarkoitusta. Saatekirjeestä pyrittiin tekemään asiasisällöltään tarkoituksenmukainen, selkeä ja kohtelias. Saatekirjeessä kerrottiin myös osallistumisen vapaaehtoisuudesta, henkilötietosuojasta sekä asianmukaisesta hävityksestä tutkimustulosten analysoinnin jälkeen.

Aineistonkeruuaikana päivystyspoliklinikoihin otettiin yhteyttä ja tiedusteltiin vastaajien aktiivisuutta tutkimukseen osallistumiseen ja kehoitettiin mahdollisimman useaa työntekijää vastaamaan kyselyyn. Vastattuja kyselykaavakkeita palautui tutkimusentekijälle 62 kappaletta. Vastausprosentiksi hylättyjen vastauskaavakkeiden karsimisen jälkeen muodostui 40. Aineistonkeruun aikana aiheesta ja sen merkityksellisyydestä saatiin positiivista palautetta kohdeorganisaation jäseniltä.

6.4 Tutkimusaineiston käsittely ja analysointi

Kvantitatiivisessa tutkimuksessa aineiston kerääminen on erillään käsittelystä ja analysoinnista. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 2006, 24). Tutkimusaineiston analysointi alkaa saatujen tulosten tarkistamisella. Aineistosta tarkistetaan mahdolliset puutteet ja virheellisyydet, jonka perusteella arvioidaan vastauslomakkeiden käyttökelpoisuus. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2004, 209.) Tutkimusaineisto analysoitiin marraskuussa 2010. Aineisto tarkastettiin, jonka jälkeen tiedot syötettiin tietokoneelle saadun aineiston käsittelyä ja analysointia varten. Tarkastuksen aikana havaittiin kaksi tyhjää kyselylomaketta, jotka jouduttiin hylkäämään. Lisäksi yksi kyselylomake oli varsin puutteellinen vastauksiltaan, joka kuitenkin ei ollut lomakkeen hylkäävä peruste. Taustakysymyksiin vastaajat olivat vastanneet aktiivisesti. Ainoastaan, kysymykseen, mitä hoito-ohjetta käytän hyödyksi (kysymys 7), osa vastaajista oli jättänyt vastaamatta.

Kokemuksiin omista ammatillisista valmiuksista (kysymykset 8-31) vastaajat olivat vastanneet yleisesti ottaen aktiivisesti kaikkiin kysymyksiin, eikä vastaamattomuus kohdistunut erityisesti tiettyihin kysymyksiin. Henkilökunnan valmiuksia selvittäneisiin kysymyksiin (kysymykset 32-70) kertyi vastaamattomuutta erityisesti niihin kysymyksiin, jotka liittyivät poliisiviranomaisten kanssa tehtyyn yhteistyöhön. Tutkimustulokset analysoitiin käyttämällä Microsoft Excel-ohjelmaa ja tulokset esitettiin frekvensseinä ja prosentteina. Tutkimuksen kohdeorganisaatioiden vastauslomakkeita ei eritelty toisistaan, vaan ne käsiteltiin ja analysoitiin yhdessä.

7 TUTKIMUSTULOKSET

7.1 Taustatiedot

Tutkimuksen kohdejoukosta naiset osoittautuivat aktiivisemmiksi vastaajiksi kuin miehet. Vastaajista 82 % oli naisia ja 18 % miehiä. Vastaajien ikäjakauma osoittautui laajaksi nuorimman vastaajan ollessa 19-vuotias ja vanhin 56-vuotias. Sairaanhoitajien/terveydenhoitajien/kätilöiden ja ensihoitajien vastausprosentti nousi suurimmaksi ollessaan 78 % ja toiseksi suurimmaksi perus ja lähihoitajien 18 %. Tutkimukseen osallistui yksi lääkäri, jonka osuus vastausprosentista tuli olemaan 2 sekä yksi lääkintävahtimestari samoin 2 %. Suurin osa (83 %) ei ollut saanut koulutusta seksuaaliväkivallan uhrin hoitoon. Vastaajista loput 15 % oli saanut koulutusta ja 2 % oli jättänyt vastaamatta kysymykseen.

Työkokemus terveydenhuollossa oli niin ikään laaja vastaajien kesken. Lyhyin työkokemus vastaajilla ilmoitettiin olevan alle yksi vuosi ja pisin 34 vuotta. Taustatiedoissa kysyttiin myös kuinka usein vastaaja työssään kohtaa seksuaaliväkivallan uhrin ja käyttääkö hän silloin hyväkseen Raiskatun akuuttiapu-kansiota, Terveysportin seksuaaliväkivallanuhrin hoito-ohjeita vai jotakin muuta ohjetta. Vastaajista 53 % kohtasi seksuaaliväkivallan uhrin vuosittain. Seksuaaliväkivallan uhria ei ollut työssään kohdannut kertaakaan 33 % ja kuukausittain 12 % vastaajista. Viikoittain uhrin kohtasi 2 % vastaajista. Kukaan vastaajista ei kohdannut seksuaaliväkivallan uhria päivittäin.

Terveysportin ohjeet olivat käytössä eniten (38 %), joskin melkein yhtä suureksi (33 %) kasvoi vastaukset: ”en tiedä, en mitään” tai vastaus jätettiin tyhjäksi. Muuta ohjetta kertoi käyttävänsä 20 % vastaajista niiden ollessa ”perimätietoa, työkavereiden ammattitaitoa, työpaikan omaa ohjetta, maalaisjärkeä tai lääkärin määräyksiä”. Raiskatun akuuttiapu-kansiota (RAP) kertoi käyttävänsä 5 % vastaajista. Terveysportin ohjeita ja muuta ohjetta yhdessä kertoi käyttävänsä 2 %, samoin RAP-kansiota ja Terveysporttia 2 %. Yksi vastaaja liitti omaan vastauskuoreensa itse käyttämänsä vä-

kivaltapotilaan hoito-ohjeen, joka piti sisällään myös seksuaaliväkivallan uhrin hoito-ohjeita.

7.2 Hoitohenkilökunnan kokemukset ammatillisista valmiuksista hoitaa seksuaaliväkivallan uhria

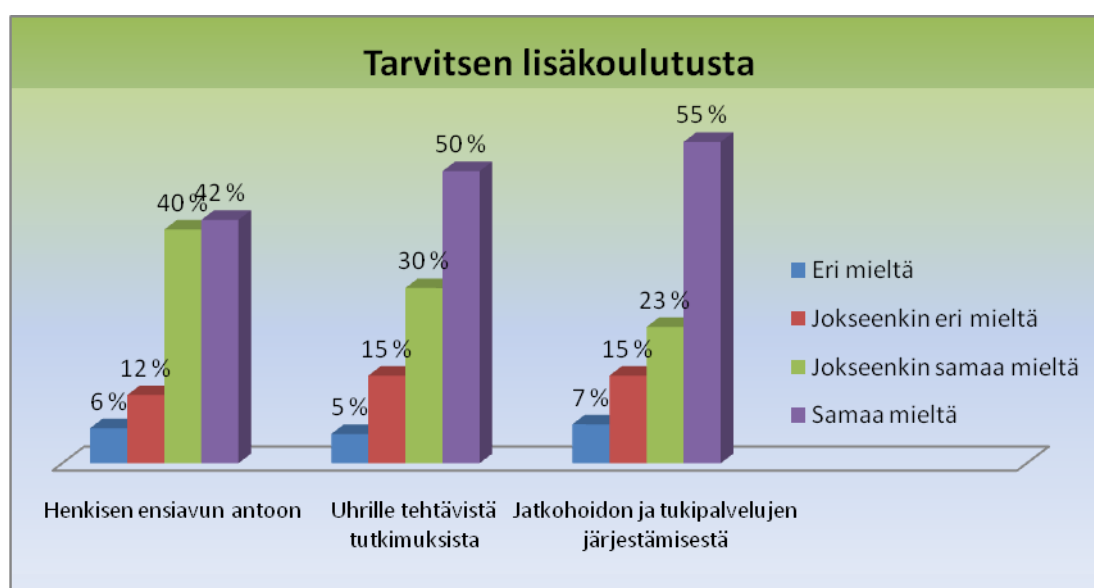
Ensimmäisessä osiossa kysyttiin vastaajan omaa näkemystä tiedostaan seksuaaliväkivallan uhrin hoitamisessa. Vastausvaihtoehtoja on yhdistetty raportoinnin selkeyttämiseksi. Vastaajista suuri osa (60 %) ilmoitti omaavansa tarpeeksi tietoa annetun hoidon dokumentoinnista. Seksuaaliväkivaltaa koskevasta lainsäädännöstä valtaosa (78,3 %) koki tietonsa riittämättömiksi. Raiskauskokemusten vaikutuksista elämän eri osa-alueisiin suurin osa (81,6 %) vastaajista koki tietonsa osittain tai täysin puutteelliseksi. Hyvin pieni osa (1,7 %) vastaajista koki omaavansa hyvät tiedot raiskauskokemuksen vaikutuksista. Enemmistö (76,7 %) vastaajista ilmoitti tietonsa jatkohoidon järjestämisestä puutteelliseksi. (Kuvio 1.)

Traumaattisesta kriisistä kysyttäessä suuri osa (56,7 %) koki tietojen olevan riittämättömiä. Henkisen ensiavun antamisesta, enemmistö (73,3 %) ilmoitti omaavansa liian vähän tietoa. Täsmälleen sama määrä vastaajista ilmoitti tietonsa puutteelliseksi raiskatulle tehtävistä tutkimuksista. (Kuvio 1.)



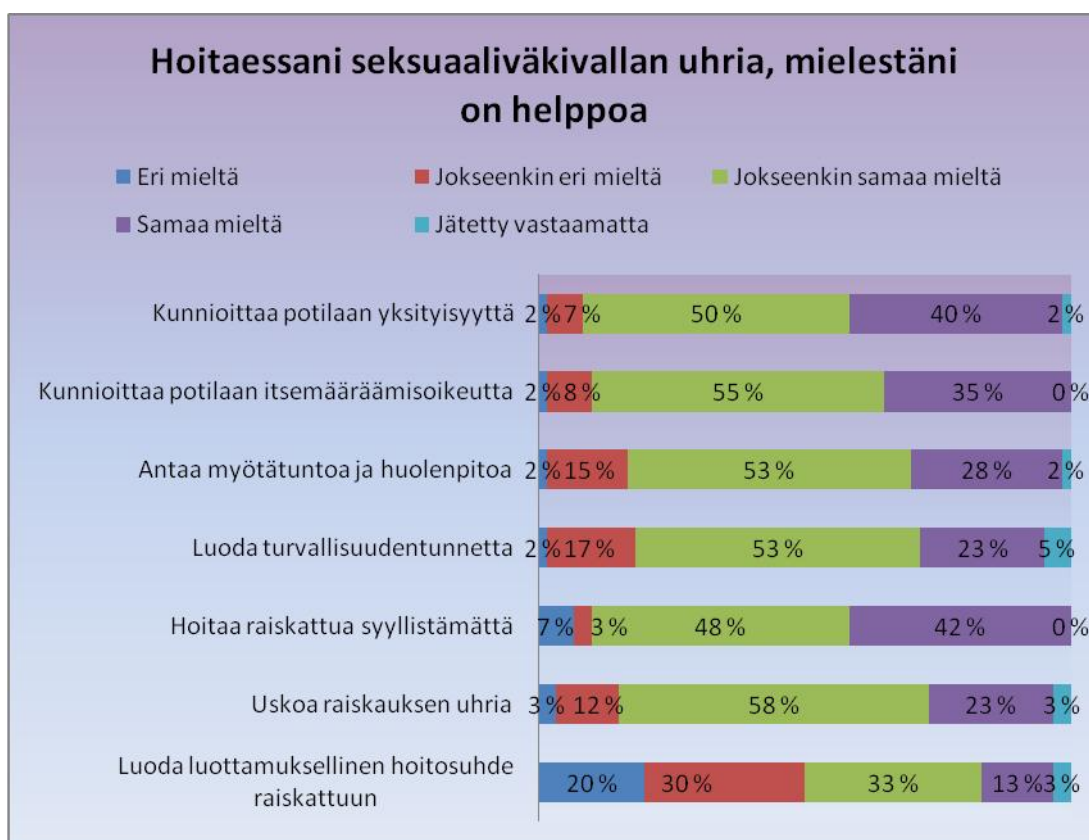
Kuvio 1. Osa-alueita, joista hoitohenkilökunnalla on omasta mielestään tarpeeksi tai liian vähän tietoa.

Henkisen ensiavun antoon koki tarvitsevansa lisäkoulutusta valtaosa (82 %) vastaajista. Uhrille tehtävistä tutkimuksista lisäkoulutusta kaipasi suurin osa (80 %) vastaajista ja samoin jatkohoidon ja tukipalvelujen järjestämisestä (78 %). (Kuvio 2.)



Kuvio 2. Lisäkoulutuksen tarve.

Potilaan yksityisyyden kunnioittamisen koki helpoksi lähes kaikki (90 %) vastaajat, samoin potilaan itsemääräämisoikeuden kunnioittamisen (90 %). Myötätunnon ja huolenpidon antamisen potilaalle koki helpoksi suuri osa (81 %) vastaajista. Turvallisuudentunteen luomisen koki enemmistö (76 %) vastaajista helpoksi. Lähes kaikki (90 %) vastaajat kokivat helpoksi raiskauksen uhrin hoitamisen syylistämättä. Enemmistö (81 %) vastaajista koki helpoksi uskoa raiskauksen uhria. Puolet vastaajista koki luottamuksellisen hoitosuhteen luomisen vaikeaksi. (Kuvio 3.)



Kuvio 3. Hoitohenkilökunnan omasta mielestään helpoksi tai vaikeaksi koetut asiat.

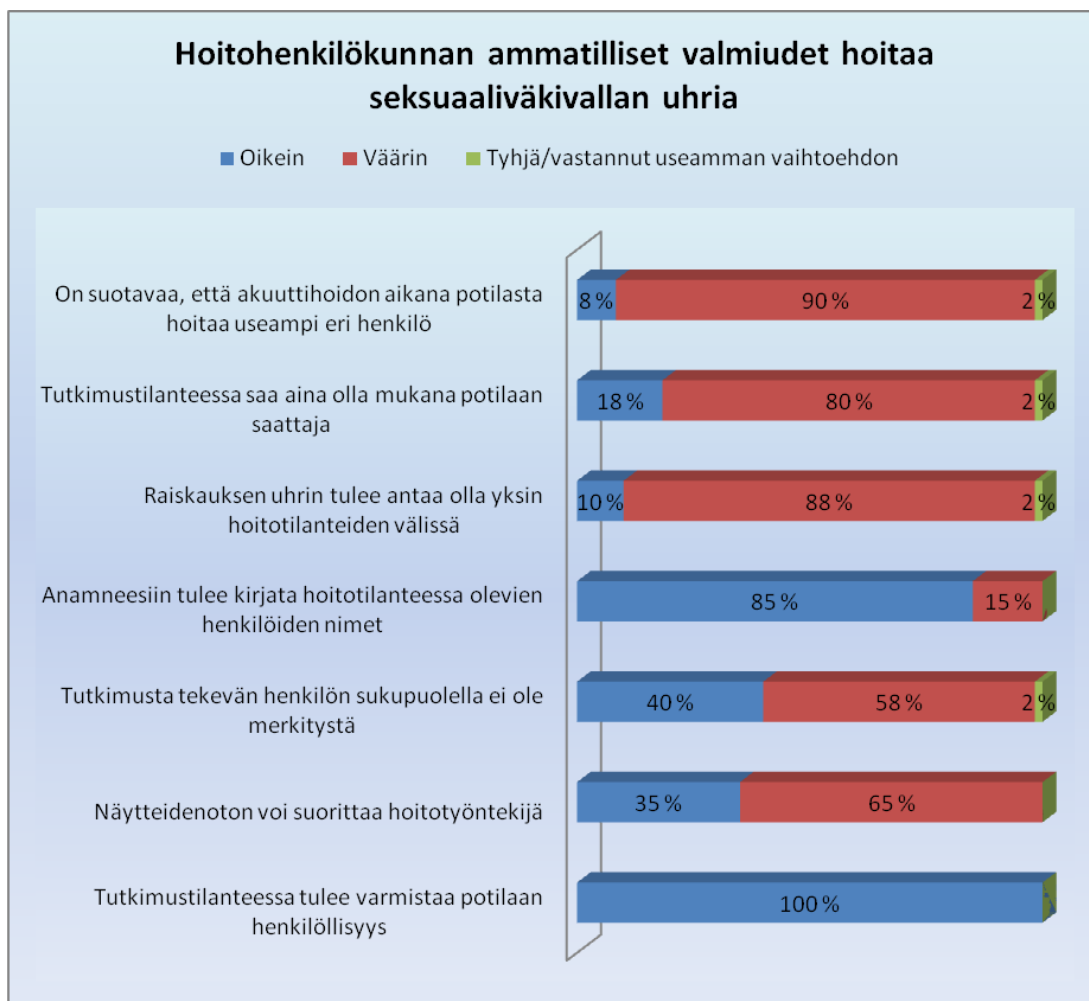
Enemmistö vastaajista ilmoitti konsultaatioavun saamisen olevan epäselvää (53 %). Vastaajista yli puolet (57 %) ei kokenut tietävänsä, mitkä seikat uhrin hoidossa ovat merkittäviä rikosoikeudellisesti. Suurin osa (63 %) ei kokenut osaavansa suunnitella ja toteuttaa raiskatun hoitoa. Lähes kaikki (94 %) vastaajat rohkaisisivat rikosilmoituksen tekoon. Epäillessään seksuaaliväkivaltaa suuri osa (76 %) vastaajista ottaisi asian puheeksi. Raiskatun hoitamisen koki vaikeaksi enemmistö (56 %) vastaajista. Kysyttäessä raiskatun tunnereaktioiden ahdistavuudesta, pieni osa (17 %) vastaajista vastasi täysin kieltävästi. (Kuvio 4.)



Kuvio 4. Hoitohenkilökunnan kokemukset ammatillisista valmiuksista

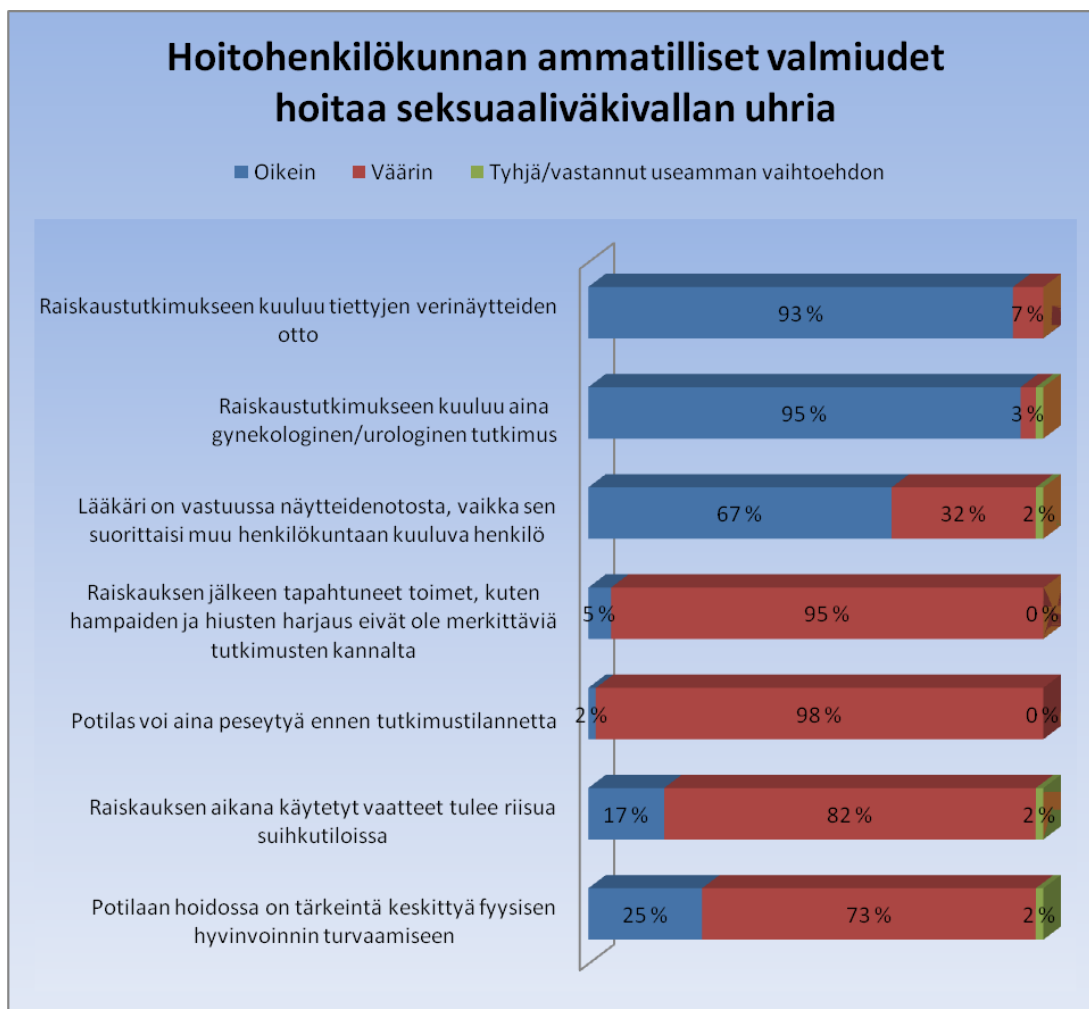
7.3 Hoitohenkilökunnan ammatilliset valmiudet hoitaa seksuaaliväkivallan uhria

Lähes kaikki (90 %) vastaajat olivat sitä mieltä, että akuuttihoiton aikana potilasta tulee hoitaa vain muutama ihminen. Enemmistö (80 %) oli sitä mieltä, että saattaja ei aina saa olla mukana tutkimustilanteessa. Enemmistö (88 %) vastaajista ei antaisi uhrin olla yksin hoitotilanteiden välissä. Anamneesiin kirjaisi kaikkien hoitotilanteessa olevien nimet suuri osa (85 %) vastaajista. Suuri osa (58 %) vastaajista ajatteli tutkimusta tekevän henkilön sukupuolella olevan merkitystä. Enemmistön (65 %) mielestä näytteidenottoa ei voi suorittaa hoitotyöntekijä. Kaikki vastaajat varmistaisivat potilaan henkilöllisyyden. (Kuvio 5.)



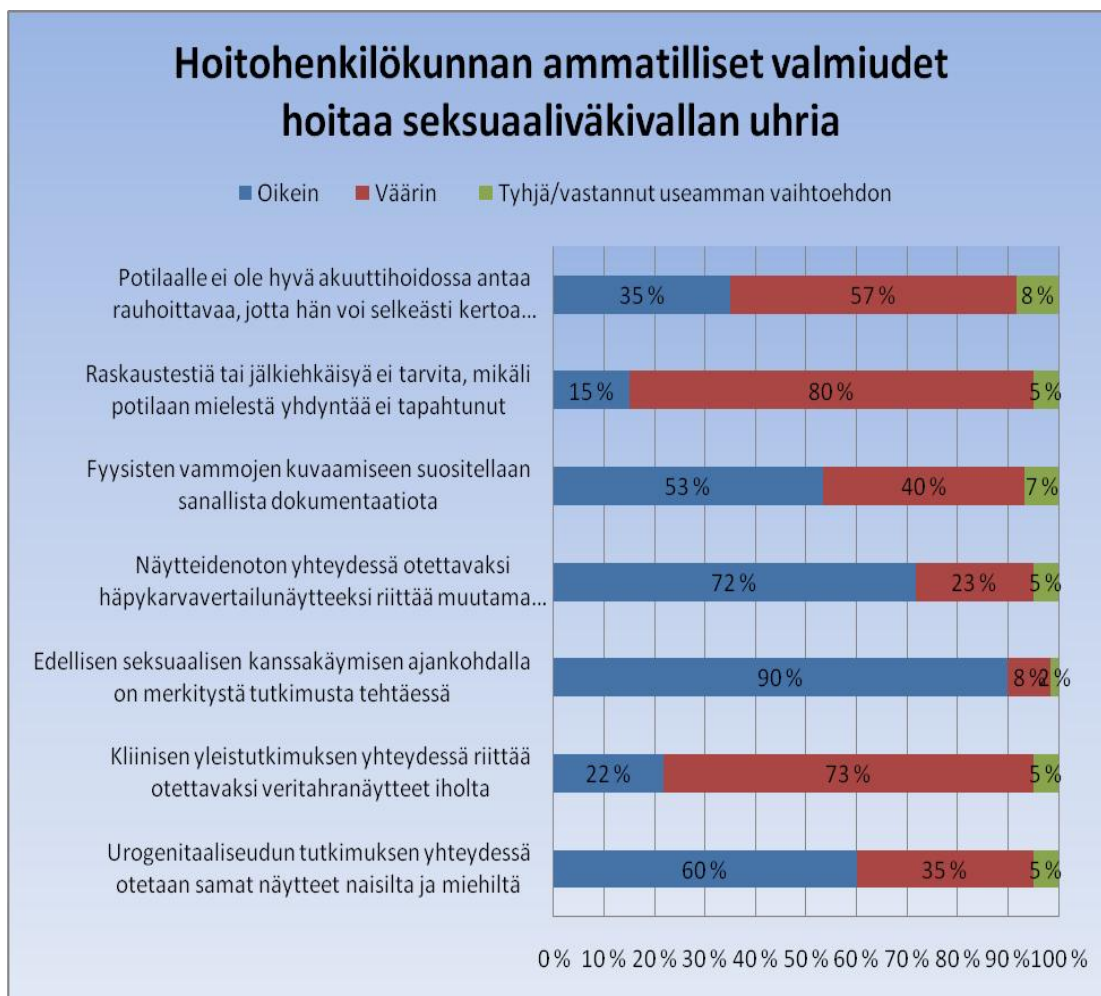
Kuvio 5. Hoitohenkilökunnan ammatilliset valmiudet

Lähes kaikki vastaajat (93 %) olivat samaa mieltä siitä, että raikaustutkimukseen kuuluu tiettyjen verinäytteiden otto, samoin kysyttäessä urogenitaaliseudun tutkimuksesta (95 %). Suurin osa (67 %) ajatteli lääkärin olevan vastuussa näytteidenotosta, vaikka sen suorittaja olisi muu hoitohenkilökuntaan kuuluva henkilö. Raiskauksen jälkeen tapahtuneet toimet olivat merkittäviä tutkimusten kannalta lähes kaikkien (95 %) vastaajien mielestä. Lähes kaikki (98 %) vastaajat olivat sitä mieltä, että potilaan ei ole hyvä peseytyä ennen tutkimustilannetta. Enemmistö (82 %) oli sitä mieltä, että raiskauksen uhrin vaatteet tulee riisua muualla kuin suihkutiloissa. Vastaajista suurin osa (73 %) oli sitä mieltä, että hoidossa tärkeintä ei ole keskittyä fyysiseen hyvinvointiin. (Kuvio 6.)



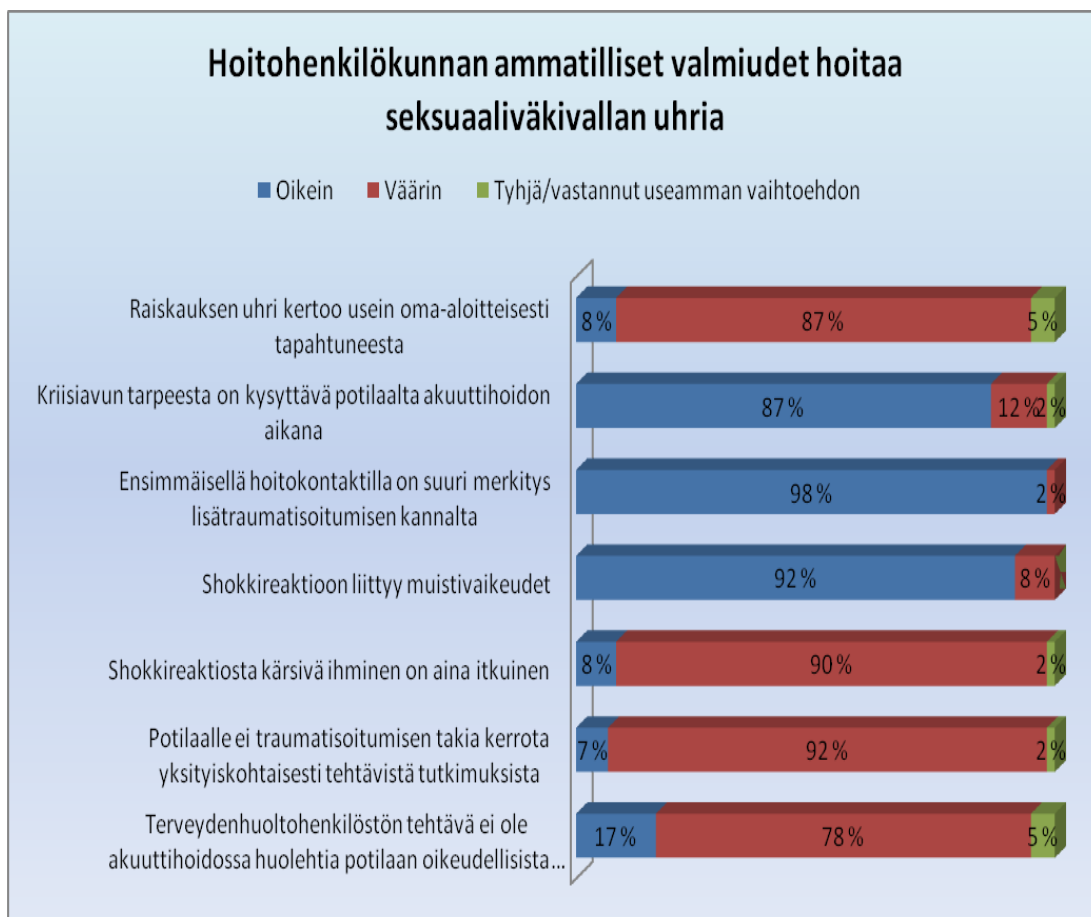
Kuvio 6. Hoitohenkilökunnan ammatilliset valmiudet

Suuri osa (57 %) vastaajista antaisi potilaalle rauhoittavaa tarvittaessa. Valtaosa (80 %) vastaajista ajatteli raskaustestin tai jälkiehkäisyyn olevan silti tarpeellinen, vaikka potilaan mielestä yhdyntää ei tapahtunut. Vajaa puolet (40 %) vastaajista käyttäisi vammojen kuvaamiseen muuta dokumentaatiotapaa kuin sanallinen. Häpykarvavertailunäytteeksi riittäisi enemmistön (72 %) mielestä muutama karva. Lähes kaikki (90 %) vastasivat edellisen seksuaalisen kanssakäymisen ajankohdalla olevan merkitystä. Kliinisen yleistutkimuksen yhteydessä ei enemmistön (73 %) mielestä riitä otettavaksi vain veritahranäytteet iholta. Useimpien (60 %) vastaajien mielestä urogenitaalitutkimuksen yhteydessä otetaan samat näytteet riippumatta sukupuolesta. (Kuvio 7.)



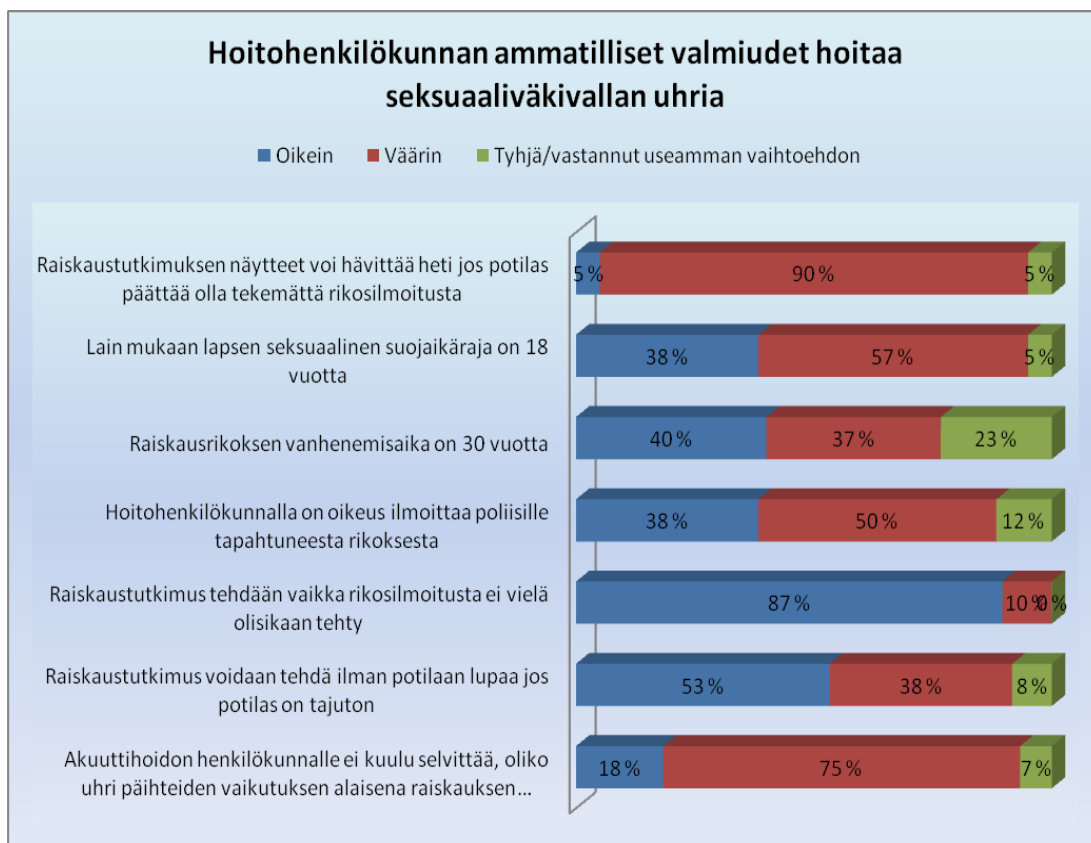
Kuvio 7. Hoitohenkilökunnan ammatilliset valmiudet

Lähes kaikki (87 %) vastaajat olivat sitä mieltä, että raiskauksen uhri ei kerro tapah-
tuneesta useinkaan oma-aloitteisesti. Yhtä suuri prosentti kysyisi kriisiavun tarpeesta
akuuttihoitoidon aikana. Lähes kaikki (98 %) vastaajat ajattelivat ensimmäisellä hoito-
kontaktilla olevan suuri merkitys lisätraumatisoitumisen kannalta. Shokkireaktioon
liittyvät valtaosan (92 %) mielestä muistivaikeudet. Lähes kaikki (90 %) vastaajat
ajattelivat, ettei itkuisuus liity aina shokkireaktion ilmentymiseen. Potilaalle kertoisi
tehtävistä tutkimuksista yksityiskohtaisesti lähes kaikki (92 %) vastaajat. Suurin osa
(78 %) vastaajista käsitti terveydenhuoltohenkilöstön tehtäväksi akuuttihoitossa
myös potilaan oikeudellisista tarpeista huolehtimisen. (Kuvio 8.)



Kuvio 8. Hoitohenkilökunnan ammatilliset valmiudet

Lähes kaikki vastaajat (90 %) olivat sitä mieltä, että raiskaustutkimuksen näytteitä ei tule hävittää heti, jos potilas päättää olla tekemättä rikosilmoitusta. Useimpien (57 %) vastaajien mielestä lapsen seksuaalinen suojaikäraja on jokin muu kuin esitetty 18 vuotta. Raiskausrikoksen vanhenemisajasta kysyttäessä vastaajista lähes yhtä moni oli vastannut kieltävästi (37 %) kuin myöntävästikin (40 %). Suhteessa muihin kysymyksiin tässä kysymyksessä tyhjiä vastauksia oli paljon (23 %). Puolet vastaajista oli sitä mieltä, että henkilökunnalla ei ole oikeutta ilmoittaa poliisille raiskauksesta. Tässäkin kysymyksessä oli moni (12 %) vastaaja jättänyt vastaamatta. Enemmistö (87 %) oli sitä mieltä, että raiskaustutkimus tulee tehdä, vaikka rikosilmoitusta ei vielä olisi tehty. Vähän yli puolet (53 %) vastaajista ajatteli, että raiskaustutkimus voidaan tehdä ilman potilaan lupaa potilaan ollessa tajuton. Vastaajista suuri osa (75 %) koki akuuttihoiton henkilökunnan tehtävänä olevan selvittää, oliko uhri päihteiden vaikutuksen alaisena tapahtuma-aikaan. (Kuvio 9.)



Kuvio 9. Hoitohenkilökunnan ammatilliset valmiudet

Suuri osa (57 %) vastaajista koki, että hoitohenkilökunta saa näyttää tunteensa potilaalle häntä hoitaessaan. Kontrollinäyteajat, antaisi akuuttihoidossa potilaalle enemmistö (55 %) vastaajista. Suurin osa (65 %) vastaajista oli samaa mieltä siitä, että raiskauksen uhri hakeutuu usein terveydenhuollon piiriin somaattisten oireiden takia. Pahoinpitelypotilaan hoidossa ottaisi huomioon seksuaaliväkivallan mahdollisuuden lähes kaikki (93 %) vastaajat. (Kuvio 10.)



Kuvio 10. Hoitohenkilökunnan ammatilliset valmiudet

8 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää, miten seksuaaliväkivallan uhrin akuuttihoito päivystyspoliklinikalla toteutuu. Tavoitteena oli selvittää hoitohenkilökunnan omia kokemuksia heidän ammatillisista valmiuksistaan sekä kartoittaa hoitohenkilökunnan ammatillisia valmiuksia seksuaaliväkivallan uhrin hoidossa. Tutkimukseen osallistui 60 hoitohenkilökuntaan kuuluvaa työntekijää. Vastaajista 82 % oli naisia ja 18 % miehiä. Vastaajien ikäjakauma osoittautui laajaksi, nuorimman vastaajan ollessa 19-vuotias ja vanhin 56-vuotias. Näin ollen myös työkokemus vaihteli suuresti ollen välillä alle yksi vuosi ja 34 vuotta. Koulutusta seksuaaliväkivallan uhrin hoitoon ei ollut saanut valtaosa vastaajista, eli 83 %, joka selittää tutkimustulosten mukaan hoitohenkilökunnan kokemuksia puutteellisista valmiuksistaan. Samoin lyhyt työkokemus vuosina sekä suuri prosentti vastaajista, jotka eivät olleet kohdanneet seksuaaliväkivallan uhria työssään koskaan. Vastaajista suuri osa, 53 % kohtasi seksuaaliväkivallan uhrin vuosittain ja 33 % ei ollut kohdannut kertaakaan. Tämä korostaa saatavilla olevien ohjeiden merkitystä ja niiden asianmukaista käyttöä uhria hoi-

taessa. Hoitohenkilökunnan kohdatessa harvoin seksuaaliväkivallan uhrin, ei rutiinia pääse syntymään tarvittavista hoitotoimista. Yllättävää oli, että vain 5 % vastaajista kertoi käyttävänsä Raiskatun akuuttiapu-kansiota, jossa on selkeästi ja johdonmukaisesti määritelty hoidon kulku.

8.1 Tutkimustulosten tarkastelu

Tutkimuksen ensimmäisenä tutkimusongelmana oli selvittää ”minkälaisiksi hoitohenkilökunta kokee ammatilliset valmiutensa hoitaa seksuaaliväkivallan uhria”. Ammatillisissa valmiuksissa vastaajien kokemusten mukaan löytyi paljon puutteita, joka tukee Pertun (1999) tutkimustuloksia, joiden mukaan 73 % henkilökunnasta koki valmiutensa osittain tai täysin puutteellisiksi raiskatun hoitamisessa. Tulokset ovat ristiriidassa Luostarisen ym. (2005) tekemään tutkimukseen, jossa henkilökunta koki tiedolliset valmiutensa pääasiassa riittäviksi.

Tulosten mukaan hoitohenkilökunta kaipasi lisää tietoa seksuaaliväkivaltaa koskevista lainsäädännöistä, samoin raiskauskokemusten vaikutuksista elämän eri osa-alueisiin. Raiskatun jatkohoidon järjestämiseen liittyvät tiedot koettiin puutteellisiksi ja valtaosa vastaajista koki tarvitsevänsä myös saatavilla olevista tukipalveluista lisäkoulutusta, joka on ristiriidassa Luostarisen ym. (2005) tutkimukseen, jossa tiedot jatkohoidosta ja tukipalveluista koettiin riittäviksi. Tiedot traumaattisesta kriisistä kärsivän potilaan hoidosta koettiin myös puutteellisiksi. Henkisen ensiavun antoon kaipasi lisäkoulutusta suurin osa vastaajista. Lisäkoulutusta raiskatulle tehtävistä tutkimuksista toivoi saavansa puolet vastaajista. Lisäkoulutuksen tarve tuli esille myös Pertun (1999) tutkimuksessa. Tulosten mukaan hoitohenkilökunnalla oli tarpeeksi tietoa annetun hoidon dokumentoinnin tärkeydestä.

Potilaan yksityisyyden ja itsemääräämisoikeuden kunnioittamisen sekä myötätunnon ja huolenpidon antamisen potilaalle koki helpoksi suuri osa vastaajista. Turvallisuudentunteen luomisen ja raiskauksen uhrin hoitamista syyllistämättä ei koettu yleisesti ottaen vaikeaksi vastaajien kesken. Enemmistö vastaajista koki helpoksi uskoa raiskauksen uhria. Myös Luostarisen ym. (2005) tulosten mukaan

henkilökunta koki taidolliset kohtaamisvalmiutensa pääasiassa riittäviksi. Puolet vastaajista koki luottamuksellisen hoitosuhteen luomisen vaikeaksi, joka osoittautui edellä mainituista aihealueista vaikeimmaksi toteuttaa, joka ilmeni myös Luostarisen ym. (2005) tutkimuksessa.

Tulosten mukaan hoitohenkilökunta tarvitsisi lisää tietoa siitä, mistä saada konsultatioapua tarvittaessa sekä tietoa siitä, miten voivat omalla toiminnallaan edistää raiskauksen uhrin rikosoikeudellista turvaa. Lähes kaikki vastaajat kuitenkin rohkaisisivat uhria rikosilmoituksen tekoon ja ottaisivat asian puheeksi epäillessään seksuaaliväkivaltaa tapahtuneen. Myös Luostarisen ym. (2005) tutkimuksessa suuri osa vastaajista oli kysynyt seksuaalisesta väkivallasta ja kysymättä jättäminen oli johtunut puheeksi ottamisen vaikeudesta, asiakkaan haluttomuudesta puhua tai olettamuksesta, ettei asia ole ajankohtainen.

Vastaajat kokivat osaamattomuutta suunnitella ja toteuttaa raiskatun hoitoa kokonaisuudessaan. Raiskatun hoitamisen koki vaikeaksi enemmistö vastaajista ja vain pieni osa koki, että raiskatun tunnereaktiot eivät ahdistaneet heitä ollenkaan. Eräs vastaaja kirjoitti ”Tällainen potilas saa aina koko poliklinikan sekaisin, minkä vuoksi on vain muutama, joka näitä potilaita pääsääntöisesti tapaa”. Luostarisen ym. tutkimuksessa (2005) lähes puolet koki raiskatun hoitamisen ahdistavaksi ja lähes puolet vaikeaksi. Syiksi ilmaistiin mm. vähäinen kokemus ja tunnereaktiot.

Tutkimuksen toisena tutkimusongelmana oli selvittää, ”minkälaiset ovat hoitohenkilökunnan ammatilliset valmiudet hoitaa seksuaaliväkivallan uhria”. Lähes kaikki vastaajat tiesivät, että on suositeltavaa, että akuuttihoidon aikana potilasta hoitaa vain muutama ihminen. Enemmistö tiesi, että raiskatun hakeutuessa hoitoon, ei saattajan päästäminen mukaan tutkimustilanteeseen ole täysin yksiselitteistä. Valtaosa vastaajista ei jättäisi raiskauksen uhria yksin hoitotilanteiden välissä, joka on suositusten mukaista. Suuri osa vastaajista tiesi kirjata anamneesiin kaikkien hoitotilanteessa olevien nimet. Raiskauksen uhrille tutkimusta tekevän henkilön sukupuolella saattaa olla merkitystä, johon vastasi oikein suuri osa vastaajista. Enemmistö tiesi, että näytteenottoa ei voi suorittaa hoitotyöntekijä, vaan lääkäri juridisista syistä. Verikokeiden oton voi sen sijaan suorittaa laboratorionhoitaja tai vastaava hoitotyöntekijä lääkärin läsnä ollessa. Kaikki vastaajat toimisivat oikein varmistaessaan potilaan henkilöllisyyden.

Tutkimustulosten mukaan lähes kaikki vastaajat tiesivät, että raiskaustutkimukseen kuuluu tiettyjen verinäytteiden otto, sekä aina urogenitaaliseudun tutkimus. Suurin osa tiesi lääkärin olevan vastuussa näytteidenotosta, vaikka sen suorittaja olisi muu henkilökuntaan kuuluva henkilö. Lähes kaikki vastaajat tiesivät, että raiskauksen jälkeen tapahtuneet toimet ovat merkittäviä tutkimusten kannalta ja että potilasta ei kehoiteta peseytymään ennen tutkimustilannetta. Enemmistö vastaajista tiesi, että uhrin vaatteet tulee riisua muulla tavoin kuin suihkutiloissa. Vaatteet tulee riisua esimerkiksi suuren leikkausliinan päällä, jotta todistusaineisto säilyisi parhaiten. Suurin osa vastaajista tiesi keskittyä potilaan hoidossa muuhunkin kuin fyysiseen hyvinvointiin, eikä nähnyt sitä aina tärkeimpänä asiana hoidossa.

Potilaan tarvitessa rauhoittavaa lääkitystä, on oikein antaa sitä hänelle, riippumatta pystyykö hän kertomaan tapahtuneesta yhtä selkeästi juuri sillä hetkellä. Suuri osa vastaajista antaisi rauhoittavaa lääkitystä potilaalle tilanteen niin vaatiessa. Valtaosa vastaajista tiesi raskaustestin tai jälkiehkäisyn olevan tarpeellinen, vaikka potilaan mielestä yhdyntää ei olisi tapahtunut. Suurin osa käyttäisi vammojen kuvaamiseen sanallista dokumentaatiotapaa. Raiskatun akuuttihoitosuositukset ohjeistavat sanallisen kuvauksen lisäksi piirtämään vammat niiden oikeille paikoille esimerkiksi Raiskatun akuuttiapu- kansioon valmiiksi annettuihin kuviin, vammojen havainnollistamiseksi. Vammojen valokuvaamista suositellaan mittakaavaa apuna käyttäen.

Enemmistö vastaajista ottaisi liian pienen näytteen häpykarvavertailunäytteeksi, riittävän suuren ollessa 10-20 kappaletta. Lähes kaikki vastaajat tiesivät, että uhrin edellisen seksuaalisen kanssakäymisen ajankohdalla on merkitystä raiskaustutkimusta tehdessä. Kliinisen yleistutkimuksen yhteydessä enemmistö vastaajista tiesi, ettei otettavaksi riitä vain veritahranäytteet iholta, vaan niiden lisäksi tarvitaan myös siemennestenäytteet, sylkitahranäytteet, ihonäyte kynsien alta sekä virtsanäyte päihdetutkimukseen. Useimmat vastaajat tiesivät, että urogenitaalitutkimuksen yhteydessä otetaan samat näytteet riippumatta uhrin sukupuolesta.

Lähes kaikki vastaajat tiesivät, että raiskauksen uhri ei kerro tapahtuneesta useinkaan oma-aloitteisesti. Samoin lähes kaikki oikeaoppisesti kysyisivät potilaalta kriisiavun tarpeesta akuuttihoidon aikana. Suurin osa vastaajista tiesi ensimmäisellä hoitokontaktilla olevan suuri merkitys potilaan lisätraumatisoitumisen kannalta. Shokkireak-

tiosta kysyttäessä vastaajat tiesivät yleisesti ottaen hyvin, että muistivaikeuksia esiintyy shokkireaktioista kärsivillä usein, sekä ettei itkuisuus aina liity shokkireaktion ilmentymiseen. Potilaalle on oikein kertoa hänelle tehtävistä tutkimuksista yksityiskohtaisesti. Näin tekisivät lähes kaikki vastaajat. Suurin osa vastaajista käsitti terveydenhuoltohenkilöstön tehtäväksi akuuttihoidossa, myös potilaan oikeudellisista tarpeista huolehtimisen.

Lähes kaikki vastaajat tiesivät, ettei raiskaustutkimuksen näytteitä tule hävittää heti jos potilas päättää olla tekemättä rikosilmoitusta. Näytteitä on suositeltavaa säilyttää vähintään kolme kuukautta, ellei poliisin kanssa toisin sovita. (Brandt ym. 2002.) Useimmat vastaajat tiesivät, että lapsen seksuaalinen suojaikäraja ei ole 18 vuotta. Laissa määritelty lapsen seksuaalinen suojaikäraja on 16 vuotta. Jos seksuaalinen hyväksikäyttö tapahtuu perhepiirissä, on suojaikäraja 18 vuotta. (Tiitinen 2010.)

Raiskausrikoksen vanhenemisajasta kysyttäessä vastaajista lähes yhtä moni oli vastannut kieltävästi kuin myöntävästikin. Raiskausrikoksen vanhenemisaika on 10 vuotta ja törkeässä tapauksessa 20 vuotta. Tämä kysymys koettiin vaikeaksi siinä olleiden tyhjien vastausten perusteella. Puolet vastaajista oli sitä mieltä, että henkilökunnalla ei ole oikeutta ilmoittaa poliisille raiskauksesta. Tämä pitää paikkansa ilman uhrin lupaa, lukuunottamatta alle 18-vuotiaita, joista lastensuojelulaki velvoittaa sosiaali- ja terveydenhuollossa toimivaa tekemään lastensuojeluilmoituksen. (Tiitinen 2010.)

Enemmistö tiesi, että raiskaustutkimus tulee tehdä, vaikka rikosilmoitusta ei vielä olisi tehty. Usein uhri tekee päätöksen rikosilmoituksen teosta vasta myöhemmin. Raiskatun akuuttiapu-ohjeet korostavat uhrin itsemääräämisoikeutta. Ennen raiskaustutkimusta on saatava uhrin lupa sen tekoon allekirjoituksella. Vastaajista suuri osa tiesi, että akuuttihoidon henkilökunnan tehtävänä on myös yrittää selvittää, oliko uhri päihteiden vaikutuksen alaisena tapahtuma-aikaan.

Suuri osa vastaajista tiesi, ettei ole kiellettyä näyttää tunteitaan raiskauksen uhrille häntä hoitaessaan. Henkilökunnan tulee toimia ammatillisena tukipylväänä, mutta se ei estä olemaan myötätuntoinen ja herkistyä uhrin tunteille. Kontrollinäyteajat antaisi akuuttihoidossa potilaalle enemmistö vastaajista, joka edesauttaa hoidon jatkuvuuden

turvaamista. Suurin osa tiesi, että raiskauksen uhri hakeutuu usein terveydenhuollon piiriin somaattisten oireiden takia, eikä niinkään tullakseen raiskaustutkimukseen. Pahoinpitelypotilaan hoidossa lähes kaikki osaisivat huomioida myös seksuaaliväkivallan mahdollisuuden.

Yhteenvetona voidaan todeta että vastaajat kokivat osaamattomuutta eri vaiheissa suunnitella ja toteuttaa raiskatun hoitoa. Luottamuksellisen hoitosuhteen luominen koettiin vaikeaksi ja raiskatun hoito ahdistavaksi. Lähes kaikki vastaajat ottaisivat asian puheeksi seksuaaliväkivaltaa epäillessään ja rohkaisisivat rikosilmoituksen tekoon. Lisäkoulutusta tarvittaisiin moneen aihe-alueeseen seksuaaliväkivallan uhrin hoidossa, jotta uhria pystyttäisiin hoitamaan kokonaisvaltaisesti. Suhteessa vastaajien omiin kokemuksiin ammatillisista valmiuksista suuri osa tiesi ainakin osittain seksuaaliväkivallan uhrin hoidon pääpiirteet, mutta kuten Tönnösen ym. (1999) tutkimuksessa todettiin hoitohenkilökunnalla olevan vajavaisia taitoja, puutteita tiedoissa ja epävarmuutta hoidossa. Hankalimmiksi osoittautui raiskaustutkimuksen tekeminen, joka on täysin ristiriidassa Luostarisen ym. (2005) tuloksiin. Seikat, jotka liittyvät uhrin oikeusturvaan osoittautuivat myös riittämättömiksi, joka puolestaan tukee Luostarisen ym. (2005) tutkimusta. Monet vastaajat huomioisivat myös uhrin emotionaalisen tukemisen ja jatkohoidon tarpeesta kysymisen.

Erään vastaajan kyselykaavakkeesta tuli ilmi, että pääkaupunkiseudun päivystyspoliklinikoilla seksuaaliväkivallan uhreja hoidettaessa annetaan uhreille vain välitön hoito ja sen jälkeen poliisiviranomainen saattaa uhrin oikeuslääketieteelliseen poliisitutkimuksia varten. Tämä selittäisi raiskatustutkimukseen liittyvää osaamattomuutta. Asia on kuitenkin ristiriidassa sen seikan kanssa, että tutkimus suositellaan tehtäväksi joka tapauksessa, vaikka uhri ei haluaisi ilmoittaa raiskauksesta poliisille tai lähteä tutkimuksiin oikeuslääketieteen laitokselle. Tällöin tutkimukset tulisi tehdä päivystyspoliklinikalla, johon esimerkiksi Raiskatun akuuttiapu-kansio antaa hyvät ohjeet ja mahdollistaa tutkimuksen tekemisen.

Tutkimustuloksissa tuli esille vähäinen koulutus seksuaaliväkivaltaa kärsineen potilaan hoitamiseen. On mielestäni selkeä haaste työpaikoille ja koulutuslaitoksiin, lisätä koulutusta seksuaaliväkivallasta ja sen uhrien hoidosta. Raiskatun akuuttiapu-

kansioon tutustuminen työpaikalla olisi osa koulutusta, koska siihen tutustuminen ennalta on todettu olevan tärkeää tarkoituksenmukaisen hyödyn saavuttamiseksi. Rap-kansio oli hoitohenkilökunnalla vähäisessä käytössä tulosten mukaan, joka johtuu mahdollisesti pääkaupunkiseudun ilmi tulleista hoitokäytännöistä seksuaaliväkivallan uhrien kohdalla. Hoitotyöntekijät kuitenkin tiesivät Rap-kansion olemassaolosta ja Raiskauskriisikeskus Tukinaisesta. Päivystyspoliklinikoilla oli mahdollisuus jakaa Tukinaisen esitteitä seksuaaliväkivallan uhreille turvatakseen uhrin tuen saantia.

Seksuaaliväkivaltaan ei ehkä osata kiinnittää tarpeeksi huomiota ns. tasa-arvoisessa yhteiskunnassamme, jossa nainen ja mies nähdään samanvertaisina ja väkivalta koetaan kansanilmiönä harvinaisena. Yhteiskunnassamme on monia ongelmia, jotka tilastollisesti ovat merkittävämpiä. Tämä seikka ei kuitenkaan tee seksuaaliväkivallan uhrista vähemmän ammattitaitoista ja kokonaisvaltaista hoitoa kaipaavaa ja ansaitsevaa potilasryhmää. Koska seksuaaliväkivallan seuraukset ovat usein pitkällisiä ja haastavia hoitaa, ovat lisätraumatisoitumisen takia ensimmäiset kohtaamiset uhrin kanssa ensiarvoisen tärkeitä. Tämän vuoksi juuri päivystyspoliklinikoiden hoitotyöntekijöiden valmiuksia tulisi parantaa.

Tutkimuksessa tuli ilmi myös uhrin tilanteen ahdistavuus hoitotyöntekijän näkökulmasta. Hoitovalmiuksien kehittäminen tiedollisesti ja taidollisesti parantaa hoitotyöntekijän valmiuksia kohdata potilas ammatillisesti ja vähentää sijaistraumatisoitumisen vaaraa.

Luottamuksellisen hoitosuhteen luominen koettiin vaikeaksi, joka kertoo hoitotilanteen haastavuudesta. Luottamuksen syntyminen potilaan ja hoitajan välille vaatii hoitajalta hyviä vuorovaikutustaitoja ja ensisijaisesti rauhallisuutta, määrätietoisuutta, kuuntelutaitoja ja empatiakykyä. Tulosten mukaan suuri osa hoitohenkilökunnasta ottaisi asian puheeksi epäilyjen herätessä, joka on mielestäni jokaisen terveydenhuollon ammattilaisen velvollisuus. Mielenkiintoista olisi selvittää, miten asia otettaisiin puheeksi hoitohenkilökunnan suunnalta. Hoitohenkilökunta voi kysyä asiaa suoraan potilaalta tai käyttää apunaan esimerkiksi Sosiaali- ja terveysministeriön Ota väkivalta puheeksi- muistilistaa. Potilas usein saattaa toivoa, että joku tarttuisi asiaan omien voimavarojen ollessa lopussa.

Uhrin uskominen on kiinteästi sidoksissa luottamuksen saavuttamiseen ja asiaan puuttumiseen. On hienoa, että hoitohenkilökunta rohkaisisi uhria rikosilmoituksen tekoon. Suomessa seksuaalirikoksista langetetut tuomiot ovat häpeällisen lyhyitä, puhumattakaan suurimman osan ollessa ehdollisia. Hoitohenkilökunta voi omilla teoillaan olla terveydenhuollon ammattilaisina edesauttamassa seksuaalirikollisten tuomitsemista raiskausrikosten ilmoitusten määrän ollessa Suomessa pieni verrattuna todellisiin uhrilukuihin.

Hoitohenkilökunta mahdollisesti kokee oman työnkuvansa olevan kaukana raiskausrikoksiin liittyvästä lainsäädännöstä, jonka vuoksi valmiudet osoittautuivat puutteellisiksi. Koen kuitenkin, että mitä moninaisempi on valmiuksien sisältö, sitä laadukkaampaa hoitoa voi hoitotyöntekijä seksuaaliväkivallan uhrille antaa. Esimerkiksi tilanteessa, jossa uhri ei ole varma haluaako hän tehdä rikosilmoitusta, voi hoitotyöntekijällä olla suuri osuus päätöksen tekemisessä. Uhri voi olla hyvinkin hämmentynyt ja tarvitsee avukseen faktatietoja päätöksen tekoon turvalliselta henkilöltä. Seksuaaliväkivallan uhrin ollessa alaikäinen, on tärkeää tietää hoitoa ohjaavat lainsäädännölliset seikat. Suurin askel seksuaaliväkivaltaan puuttumiseen on puheeksi otto ja katkeamaton moniammatillinen yhteistyö hoidon turvaamiseksi.

8.2 Tutkimuksen eettiset näkökulmat

Tutkija on vastuussa tutkimuksensa eettisistä ratkaisuista sekä itselleen, että yhteiskunnalle. Tutkimuksen eettisiä kysymyksiä voidaan tarkastella tiedonhankinnan ja tutkittavien suojan näkökulmasta ja tulosten soveltamisen näkökulmasta. Tutkimus ei saa vahingoittaa tutkittavaa millään lailla fyysisesti, psyykkisesti tai sosiaalisesti. Tutkimuksesta saatava hyöty on oltava merkittävä suhteessa haittaan, tutkimukseen osallistuminen tulee olla vapaaehtoista ja siitä vastuu tulee olla tutkimuksentekijällä. Ennen tutkimuksentekoa tulee anoa lupa tutkimusorganisaation johdolta ja eettisiltä toimikunnilta. (Paunonen ym. 1998, 26-28.)

Tutkittaville tulee esittää tutkimukseen osallistuessa asia selkeästi, jotta he tietävät mitä tapahtuu kun he osallistuvat tutkimukseen. Tutkittavien tietosuojan takaamisesta

on vastuu tutkimuksen tekijällä. Tuloksia raportoidessa tutkijan tulee pyrkiä olemaan mahdollisimman objektiivinen. (Paunonen ym. 1998, 29, 31.)

Lähtökohtana tässä opinnäytetyössä on ihmisarvon ja yksityisyyden kunnioittaminen, niin seksuaaliväkivallan uhrien kuin kyselyyn vastaajienkin. Opinnäytetyötä varten anottiin tutkimuslupa Helsingin kaupungilta tutkimustoiminnan koordinaatioryhmältä (TUTKA), jotka arvioivat tutkimuksen eettiset näkökulmat ennen kuin tutkimuslupa saatiin. Tutkimuksessa kunnioitetaan vastaajien itsemääräämisoikeutta kertomalla heille tutkimuksesta saatekirjeessä, joka oli liitettynä kyselylomakkeeseen. Tämän perusteella vastaaja sai päättää halukkuutensa osallistua kyseiseen tutkimukseen. Kyselylomakkeisiin vastaaminen oli täysin vapaaehtoista ja se tuotiin ilmi saatekirjeessä.

Vastanneiden tutkittavien henkilöllisyys ei tullut esille missään tutkimuksen vaiheessa. Tutkimusaineisto analysoitiin huolellisesti ja tulokset raportoitiin avoimesti ja rehellisesti. Saatua tuloksia on käytetty vain tässä tutkimuksessa. Tutkimustulosten selvittyä kyselylomakkeet hävitettiin. Opinnäytetyön kirjallisuuskatsauksessa ei harjoitettu plagiointia, eli käytetty toisen henkilön tuottamaa aineistoa ilmoittamatta alkuperäisen tekijän nimeä.

8.3 Tutkimuksen luotettavuus

Kvantitatiivisen tutkimuksen luotettavuutta voidaan arvioida mittaamisen ja aineistonkeruun suhteen sekä saatujen tulosten luotettavuutena. Tutkimuksen tulokset arvioidaan olevan juuri niin luotettavia kuin käytetyt mittarit. Mittarin tulee olla niin tarkka kuin herkkäkin rajaamaan ja erottelemaan tutkittavia käsitteitä. Täsmällisyys on myös oleellista, jotta voidaan kuvata tutkittavaa käsitettä oikein. Validiteettia tarkasteltaessa on keskeistä käyttää mittaria, joka mittaa juuri sitä mitä sen tulisikin mitata. Tutkimuksen validiteetti saavutetaan loogisella, ymmärrettävällä ja helposti käytettävällä mittarilla. Esitestausta voidaan käyttää arvioimaan mittarin validiteettia. Validiteettia voidaan tarkastella sisällöllisesti, käsitteellisesti ja kriteerivaliditeetin kautta. Reliabiliteetti tarkoittaa laaditun mittarin kykyä antaa ei-sattumanvaraisia tu-

loksia. Tutkimuksen reliabiliteettia arvioidaan käytetyn mittarin pysyvyytenä, vastaavuutena ja tutkimuksen sisäisenä johdonmukaisuutena. Luotettavuutta, eli validiteettia ja reliabiliteettia tarkastellaan myös suhteessa saatuihin tutkimustuloksiin. Tutkimuksen luotettavuuteen voi vaikuttaa negatiivisesti erilaiset virhetekijät, kuten tutkittavien väsymys, kiire, kysymysten epäloogisuus tai liian suuri määrä. (Paunonen ym. 2006, 206-210.)

Tutkimuksen toteuttamiseen kyselykaavakkeen muodossa liittyy joitain ongelmakohtia. Mikäli otoskoko on kovin pieni ja kato eli kyselylomakkeen palauttamatta jättäminen nousee suureksi, tutkimustulokset jäävät sattumanvaraisiksi ja luotettavuus kärsii. Onnistuakseen ja ollakseen mahdollisimman luotettava, kvantitatiivisen tutkimuksen otoksen tulee olla riittävän suuri ja edustava. (Heikkilä 2008, 30.) Kyselykaavakkeen muodossa toteutetussa tutkimuksessa tutkimuksen tekijä ei saa varmuutta siitä, miten vakavasti vastaajat ovat osallistuneet kyselyyn ja kuinka hyvin he ovat voineet keskittyä vastaamiseen. Epäselväksi jää myös tieto kysymysten ja vastausvaihtoehtojen selkeydestä juuri tälle kohderyhmälle. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 190.)

Tässä tutkimuksessa käytetyn kyselylomakkeen kysymykset pyrittiin muodostelemaan tarkoituksenmukaisiksi, selkeiksi ja ymmärrettäviksi. Kysymykset jaettiin kolmen yläotsikon alle. Vastausohjeet löytyivät kysymysosoiden alusta. Kysymyksissä pyrittiin etenemään loogisesti, jotta kyselykaavakkeesta johtuvat virhetekijät saatiin minimoitua. Kysymykset asetettiin taulukoihin, jotta ulkoasu saatiin helposti vastattavan näköiseksi. Tutkimuslupaa haettaessa kyselykaavake lähetettiin Tutkimustoiminnan koordinaatioryhmälle (TUTKA) joka arvioi kyselykaavakkeen luotettavuutta. Tässä opinnäytetyössä käytettävä lopullinen mittari esiteltiin luotettavuuden parantamiseksi. Mittarin tarkasti myös ohjaava opettaja.

Tutkimustulosten käsittelyvaiheessa havaittiin joitain puutoksia kysymyksiin liittyen. Taustakysymys ”Hoitaessani seksuaaliväkivallan uhria, käytän hyödyksi” (kysymys 7) vastausvaihtoehtoihin olisi voinut lisätä vaihtoehdon 4) en mitään. Osa vastaajista oli jättänyt tämän kysymyksen vastaamatta ja nyt arvailujen varaan jää, johtuiko vastaamattomuus siitä, että mitään ohjetta ei ollut käytössä vai jostakin muusta syystä. ”Tarvitsen lisäkoulutusta”-osioon olisi voinut lisätä avoimen kysymyksen, jotta vas-

taajilla olisi ollut mahdollisuus kertoa, mikäli heidän mieleensä tuli jokin muu aihe kuin esitetyt lisäkoulutuksen tarpeet. ”Otan asian puheeksi epäillessäni seksuaaliväkivaltaa” (kysymys 27) kysymystä olisi voinut tarkentaa kohdistumaan selkeämmin potilaaseen. Nyt jäi epäselväksi ottaako vastaaja asian puheeksi henkilökunnan kesken vai itse potilaan kanssa.

Kysymys 31 ”Tiedän mistä saada konsultaatioapua sitä tarvitessa” tarkoitus olisi selkeämmin tullut esille, jos kysymys olisi muokattu muotoon ”Tiedän mistä saada ulkoista konsultaatioapua sitä tarvitessa”. Vastaaja saattoi ymmärtää kysymyksen konsultaatioavusta esimerkiksi kollegana, päivystävänä lääkärinä ym. vaikka sillä tarkoitettiin esimerkiksi näytteidenotossa neuvovaa oikeuslääketieteen päivystävää oikeuslääkärää.

Kysymys 40 ”Raiskauksen aikana käytetyt vaatteet tulee riisua suihkutiloissa” on hieman epämääräinen. Avoin kysymys olisi ollut selkeämpi esimerkiksi ”Miten varmistat, että raiskauksen aikana käytetyt vaatteet säilyvät todistusaineistoksi kelpaavana?”. Tästä olisi myös voitu tehdä monivalintakysymys. Kysymys 50 ”Fyysisten vammojen kuvaamiseen suositellaan sanallista dokumentointia” olisi ollut parempi muodossa ”Fyysisten vammojen kuvaamiseen riittää sanallinen dokumentointi”. Näin olisi selkeästi tullut esille, tiesikö vastaaja asian laidan vai ei. Kysymys 56 ”Hoito henkilökunnalla on oikeus ilmoittaa poliisille tapahtuneesta rikoksesta” olisi pitänyt selkeyttää kohdistumaan joko aikuiseen tai lapsiuhriin, koska näissä tilanteissa on mahdollisuus toimia eri tavalla.

Joistakin kyselylomakkeista pystyi arvelemaan, että vastaaja ei ollut keskittynyt kysymyksiin vastaamiseen joko kiireen tai muun syyn takia, vastaten vain joka toiseen kysymykseen. Samoin joissakin kyselylomakkeissa oli vastattu samalla vastausvaihtoehdolla moneen kysymykseen peräkkäin. Tämä saattaa tietysti johtua vain vastaajan mielipiteistä eikä virhetekijöistä. On myös mahdollista, että kysymyslomakkeessa esitetyt kysymykset olivat liian yksityiskohtaisia tai vaikeita, jotta vastaaja olisi voinut käyttää niiden miettimiseen tarpeeksi aikaa ja saattaa siten näkyä tyhjinä vastauksina.

Tutkimuksen aineisto kerättiin pääkaupunkiseudun kahdelta päivystyspoliklinikalta. Keräysaika sijoittui kesään, mikä saattoi vaikuttaa tulosten luotettavuuteen ainakin kahdella eri tapaa. Otos muodostui melko varmasti ainakin osittain kesätyöntekijöistä, jotka eivät vakituisesti työskentele kohdeorganisaatiossa, eivätkä tulokset näin anna realistista kuvaa kohdeorganisaation nykytilasta. Kesäaika saattaa myös olla kiireisempää aikaa päivystyspoliklinikoilla. Itse aineistonkeräysaika olisi voinut olla pitempi, jotta aineistoa olisi saatu kasaan enemmän. Tutkimuksen vastausprosentiksi saatiin 40. Kato oli 60 prosenttia. Kyselylomakkeisiin vastaaminen tapahtui henkilökunnan omissa tiloissa työaikana. Vastausprosenttiin vaikutti mahdollisesti se, että vastaajat eivät tauollaan halunneet käyttää aikaa kyselykaavakkeen täyttämiseen. Tutkimukseen osallistumisesta vastaajia ei palkittu mitenkään, joka myös saattoi vaikuttaa osallistumiseen. Vastaaminen oli vapaaehtoista ja jos saatekirjeen luettuaan vastaaja ei kiinnostunut tutkimuksesta, oli hänellä oikeus olla osallistumatta.

8.4 Tutkimuksen tulosten hyödynnettävyys ja jatkotutkimushaasteet

Tutkimuksen tulokset kuvaavat pääkaupunkiseudun kahden eri päivystyspoliklinikan hoitohenkilökunnan ammatillisia valmiuksia hoitaa seksuaaliväkivallan uhria sekä omia kokemuksia ammatillisista valmiuksista. Tämän tutkimuksen tulokset ovat suuntaa antavia suuren vastaamattomuusprosentin tähden. Tutkimustuloksia voidaan hyödyntää kehitettäessä kohdeorganisaatioiden hoitohenkilökunnan valmiuksia kohdata ja hoitaa seksuaaliväkivallan uhria.

Opinnäytetyön tulosten myötä nousi esille uusia toteutettavia tutkimushaasteita. Mielenkiintoista olisi toteuttaa tutkimus samalle kohderyhmälle heille annetun seksuaaliväkivallan uhrin hoitoon liittyvän koulutuksen jälkeen. Näin saataisiin selville kuinka paljon valmiudet olisivat kehittyneet. Koska lääkärillä on seksuaaliväkivallan uhrin hoidossa suuri rooli, olisi mielenkiintoista toteuttaa tutkimus myös ainoastaan lääkäreihin kohdistuen. Asiaa voitaisiin lähestyä myös potilaan näkökulmasta, tutkien minkälaista tukea he olivat saaneet hoitohenkilökunnalta, oliko heitä kohdeltu myötätuntoisesti, arvostellen vai kunnioittavasti, oliko oikeusturva huomioitu ja miten turvattiin jatkohoito.

Aiheesta voisi tehdä tutkimuksen myös kohdistettuna äitiys- ja lastenneuvoloihin, koska varsinkin lapsuudessaan seksuaaliväkivaltaa kohdanneet ja ilman hoitoa jääneet naiset alkavat usein oirehtia saadessaan lapsia ja asiasta kehittyy moniongelmainen vyyhti. Tähän liittyen inesti on vähän tutkittu aihe, joka on erityisen arka ja haastava aihe kohdata ja jonka uhrin voisivat hyötyä tutkimustulosten tuomasta lisätiedosta. Edellä mainittujen lisäksi tutkimus voitaisiin kohdistaa vain lapsen seksuaalisen väkivallan ilmentymiseen ja valmiuksiin hoitaa lapsipotilasta.

LÄHTEET

Akuutin julkaisu. 2005. Seksuaalisesti hyväksikäytetty ei saa hoitoa. Verkkojulkaisu. [Viitattu 24.11.2010] Saatavissa: http://yle.fi/akuutti/arkisto2005/010205_a.htm

Amnesty Internationalin julkaisu. 2007. Kuusi suositusta Suomen hallitukselle seksuaalisen väkivallan tehokkaaksi torjumiseksi. Verkkojulkaisu. [Viitattu 24.2.2010] Saatavissa: www.amnesty.fi

Brandt, P., Brusila, P., Cacciatore, R., Raijas, R., Söderholm, A-L & Vala, U. 2002 Raiskatun akuuttiapu-opas. Verkkojulkaisu. [Viitattu 24.2.2010] Saatavissa: www.tukinainen.fi, www.vakivalta.net, www.vaestoliitto.fi

Brusila, P., Hyvärinen, S., Kallio, M., Porras, K. & Sandberg, T. 2009. Eikö se kuulu kenellekään? Rohkene kohdata seksuaalisesti kaltoinkohdeltu nuori. Väestöliitto. 48-50.

Heikkilä, T. 2008. Tilastollinen tutkimus. Helsinki. Edita Prima Oy. 16, 50-51, 60.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. Kariston kirjapaino Oy. 190.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2004. Tutki ja kirjoita. Jyväskylä, Gummerus Kirjapaino Oy. 209.

Immonen-Räihä, P., Klami, R., Bildjuschkin, K., Rantanen, T., Koskinen, K., Taiminen, T., Kauhava L., & Tunturi T. 2010. Tasavertaisuutta ja tukea raiskauksen uhreille. Suomen lääkärilehti. 45/2010. 3720-3721. Verkkojulkaisu. [Viitattu 24.11.2010] Saatavissa: http://www.laakarilehti.fi/files/nostot/nosto45_2.pdf

Kajava, L. & Varonen, M. 2009. Pahuudella puhkotut purjeet. Kättilö 3/2009. 16.

Kaukonen, M., Raijas, R., Silver, R., & Valkama, K. 2003. Seksuaalinen väkivalta ja hyväksikäyttö. Selviytymiskertomuksia. WS Bookwell Oy, Juva. 15, 25-26.

Kuisma, M., Holmström, P. & Porthan, K. 2009. Ensihoito. Gummerus Kirjapaino Oy, Jyväskylä. 40-41.

Lahdensivu, A-M., Montonen, M., Saarinen A-M. 2003. ”Ei se raiskaus fyysisesti niin paljon sattunu kun henkisesti.” Alle 18-vuotiaiden nuorten kokemuksia saamaan tuesta raiskauksesta tai raiskausyrityksestä selviämisessä. Opinnäytetyö. Diakonia-ammattikorkeakoulu, Porin yksikkö. 41-42.

Lehtonen, A. & Perttu S. 1999. Naisiin kohdistuva väkivalta. Tammer-Paino Oy. Tampere. 76.

Luostarinen, M., Pöllänen, H., & Viita-Aho, M. 2005. Raiskatun naisen kohtaaminen. Opinnäytetyö. Verkkojulkaisu. [Viitattu 13.2.2010] Saatavissa: http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/amatilliset_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoitajalehti/6-7_2006/muut_artikkelit/raiskatun_kohtaaminen-henkilok/

Mellin, I. 1997. Johdatus tilastotieteeseen. Helsingin valtiotieteellinen tiedekunta. Oppimateriaali. Verkkojulkaisu. [Viitattu 15.1.2011] Saatavissa: <http://www.helsinki.fi/valtiotieteellinen/index.htm>

Niiniketo, R., Nyystilä, A. & Paananen, S. 2007. Raiskattu nainen. Kirjallisuuskatsaus selviytymisen näkökulmasta. Opinnäytetyö. Verkkojulkaisu. [Viitattu 2.3.2010] Saatavissa: https://oa.doria.fi/bitstream/handle/10024/31264/jamk_1198050413_4.pdf?sequence=1. 10.

Nykänen, S. 2004. Raisek - Seksuaalista väkivaltaa kohdanneiden hoidon kehittäminen Keski-Suomessa. Opinnäytetyö. Verkkojulkaisu. [Viitattu 24.11.2010] Saatavissa: http://kirjastot.diak.fi/files/diak_lib/Pieksamaki2004/nykanensiw.pdf

Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2006. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. WSOY. Helsinki. 24, 26-29, 31, 206-210.

Perttu, S. 1999. Perhe- ja lähisuhdeväkivalta sosiaali- ja terveydenhuollossa. Kyselytutkimus ammattityöntekijöiden toiminnasta ja työn kehittämistarpeista 1998. Ensi- ja turvakotien liiton julkaisu nro 19. Helsinki.

Pikarinen, U. & Halmesmäki, E. 2003. Väkivallan vaikutukset naisten ja lasten terveydentilaan. 5/2003. Verkkojulkaisu. [Viitattu 24.11.2010] Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=onn00051&p_teos=onn&p_selaus=#s3

Raijas, R. & Repo, T. 1999. Raiskauskriisikeskus tukinainen - projekti 1993-1998: projektin loppuraportti. Stakes. Helsinki. 1.

Raijas, R. 2000. Raiskaustrauma. 2000. Uhrin ja tekijän suhteen laadun ja trauman vakavuuden yhteys selviytymiskeinoihin ja hyvinvointiin sekä selviytymiskeinojen ja niiden muutoksen yhteys hyvinvointiin. Stakes, Helsinki 29/2000. 5, 8, 21-28.

Sajama, S. 2010. Raiskauksen uhrin hoitoketju kuntoon. Tehy. 10/2010. 37.

Sajantila, A. 2007. Lääkärin käsikirja. Raiskauksen uhrin tutkiminen ja hoito. Verkkojulkaisu. [Viitattu 2.3.2010] Saatavissa: http://www.terveysportti.fi/lillukka.samk.fi/dtk/ltk/koti?p_haku=raiskaus

Sosiaali – ja terveysministeriön (Stm) julkaisu 2010:5. Naisiin kohdistuvan väkivallan vähentämisen ohjelma 2010. Verkkojulkaisu. [Viitattu 24.11.2010] Saatavissa: http://www.stm.fi/julkaisut/nayta/_julkaisu/1522973

Stenson, K., Saarinen, H., Heimer, G. & Sidenvall, B. 2001. Women's attitudes to being asked about exposure to violence. *Midwifery* 7/2000. 3-8.

Suomen Delfins Ry. [Viitattu 29.11.2010] Saatavissa: http://www.suomendelfins.fi/index.php?option=com_content&view=article&id=8&Itemid=9

Suomen rikoslaki 20.luku. 1998. [Viitattu 4.12.2010] Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1889/18890039001?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=rikoslain%2020.luku>

Tiitinen, A. 2010. Lapsen seksuaalinen hyväksikäyttö. Terveyskirjaston artikkeli. [Viitattu 15.1.2011] Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00880

Tiitinen, A. 2010. Raiskaus. Terveyskirjaston artikkeli. [Viitattu 15.1.2011] Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00880

Traumaterapiakeskus. 2010 Psykkinen trauma. [Viitattu 2.3.2010] Saatavissa: <http://www.traumaterapiakeskus.com/trauma.htm>

Tönnesen, E., Lundh, C., Heimer, G. & Sidenvall, B. 1999. Respektfullt, lyhört lyssnande kan bryta en ond misshandelscirkel. *Läkartidningen* volym 96/1999 (48). 5381-5384.

Ylikomi, R. & Punamäki, R-L. 2007. Raiskaustrauma II: Raiskauksen uhrin psyykinen akuuttihoito ja hoitopolun rakentaminen. Suomen lääkärilehti. 877.

Ylikomi, R. & Virta, V. 2008. Raiskaustrauman hoito. Opas CPT-menetelmien käyttöön. WS Bookwell Oy, Juva. 15, 22-23.

HOITOHENKILÖKUNNAN VALMIUDET HOITAA SEKSUAALIVÄKIVALLAN UHRIA AKUUTTIHOIDOSSA

Arvoisa päivystyksen työntekijä!

Opiskelen Satakunnan ammattikorkeakoulussa sosiaali- ja terveysalalla Rauman toimipisteessä sairaanhoitajaksi. Teen opinnäytetyötä päivystyspoliklinikan hoitohenkilökunnan valmiuksista hoitaa seksuaaliväkivallan uhria. Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää, miten päivystyspoliikka hoitaa seksuaaliväkivallan uhria. Tavoitteena on selvittää henkilökunnan kokemuksia ammatillisista valmiuksistaan seksuaaliväkivallan uhrin hoidossa sekä kartoittaa ammatillisia valmiuksia testaamalla teoria-tietoa. Tutkimuksen tuloksia voidaan hyödyntää kehitettäessä henkilökunnan valmiuksia seksuaaliväkivallan uhrin hoitamisessa.

Tutkimuksen aineisto kerätään ohessa olevalla kyselylomakkeella. Tähän tutkimukseen osallistuminen on täysin vapaaehtoista eikä se edellytä Teiltä henkilötietojen antamista. Vastauksianne käytetään ainoastaan tässä tutkimuksessa jonka jälkeen ne hävitetään. Palautuskuoret tullaan noutamaan henkilökohtaisesti, joten niitä ei tarvitse postittaa. Vastaamalla kyselyyn olette kehittämässä seksuaaliväkivallan uhrin hoitoa.

Jos kaipaatte lisätietoa tutkimuksesta tai Teillä on jotakin kysyttävää, olkaa hyvä ja ottakaa yhteyttä minuun. Paljon kiitoksia vastauksistanne!

Yhteistyöterveisin,

Katriina Kurkilahti, sairaanhoitajaopiskelija
katriina.kurkilahti@student.samk.fi
p.0407314XXX

Opinnäytetyötäni ohjaa
Sirke Ajanko puh. 02-6203553
sirke.ajanko@samk.fi
Hoitotyön lehtori, TtM, klö, esh
Satakunnan ammattikorkeakoulu
Sosiaali ja terveysala Rauma

HOITOHENKILÖKUNNAN VALMIUDET HOITAA SEKSUAALIVÄKIVALLAN UHRIA AKUUTTIHOIDOSSA

Seksuaaliväkivallan uhrilla tässä kyselylomakkeessa, tarkoitetaan kaikenasteista toisen ihmisen seksuaalisuuden väärinkäyttöä riippumatta sukupuolesta tai iästä. Kysymykset koskevat seksuaaliväkivallan uhrin hoitoa. Vastauksesi ovat ehdottoman luottamuksellisia ja arvokkaita.

Kirjoita vastauksesi annetulle viivalle tai valitse sopivin vaihtoehto ympyröimällä.

TAUSTAKYSYMYKSET

1 Olen	1 nainen (n=49) 2 mies (n=11)
2 Ikäni on	19-56 vuotta
3 Olen koulutukseltani	1 sairaanhoitaja/terveydenhoitaja/kätilö (n=46) 2 perus/lähihoitaja (n=11) 3 lääkäri (n=1) ensihoitaja (n=1) lääkintävahtimestari (n=1)
4 Olen saanut koulutusta seksuaaliväkivallan uhrin hoitoon.	1 kyllä (n=9) 2 en (n=50) tyhjä (n=1)
5 Työkokemukseni terveydenhuollossa	alle 1 vuosi- 34 vuotta
6 Kohtaan seksuaaliväkivallan uhrin	1 päivittäin (n=0) 2 viikoittain (n=1) 3 kuukausittain (n=7) 4 vuosittain (n=32) 5 en ole kohdannut seksuaaliväkivallan uhria. (n=20)

7 Hoitaessani seksuaaliväkivallan uhria, käytän hyödyksi	1 Raiskatun akuuttiapu(Rap)-kansiota (n=3) 2 Terveystieteen seksuaaliväkivaltauhrien hoito-ohjeita (=23) 3 Muuta ohjetta, mitä? (n=12) En tiedä/en mitään/tyhjä (n=20) 1 ja 3 (n=1) 1 ja 2 (n=1)
---	---

KOKEMUKSET AMMATILLISISTA VALMIUKSISTA HOITAA SEKSUAALIVÄKIVALLAN UHRIA

Ympyröi lähinnä omaa mielipidettäsi oleva vastausvaihtoehto. 1= eri mieltä, 2= joihinkin eri mieltä, 3= joihinkin samaa mieltä, 4= samaa mieltä.

	Eri mieltä	Joihinkin eri mieltä	Joihinkin samaa mieltä	Samaa mieltä
Minulla on mielestäni tarpeeksi tietoa				
8 Raiskatulle tehtävistä tutkimuksista	1 (n=23)	2 (n=21)	3 (n=13)	4 (n=3)
9 Henkisen ensiavun annosta	1 (n=12)	2 (n=32)	3 (n=12)	4 (n=4)
10 Traumaattisesta kriisistä	1 (n=15)	2 (n=19)	3 (n=18)	4 (n=8)
11 Raiskatun jatkohoidosta ja tukipalveluista	1 (n=28)	2 (n=18)	3 (n=11)	4 (n=3)
12 Raiskauskokemusten vaikutuksista elämän eri osa-alueisiin	1(n=23)	2 (n=26)	3 (n=10)	4 (n=1)
13 Seksuaaliväkivaltaa koskevasta lainsäädännöstä	1 (n=26)	2 (n=21)	3 (n=10)	4 (n=3)
14 Annetun hoidon dokumentoinnin tärkeydestä	1 (n=9)	2 (n=15)	3 (n=20)	4 (n=16)

	Eri mieltä	Jokseenkin eri mieltä	Jokseenkin samaa mieltä	Samaa mieltä
Tarvitsen lisäkoulutusta				
15 Henkisen ensiavun antoon	1 (n=4)	2 (n=7)	3 (n=24)	4 (n=25)
16 Uhrille tehtävistä tutkimuksista	1 (n=3)	2 (n=9)	3 (n=18)	4 (n=30)
17 Jatkohoidon ja tukipalvelujen tarjoamisesta	1 (n=4)	2 (n=9)	3 (n=14)	4 (n=33)

	Eri mieltä	Jokseenkin eri mieltä	Jokseenkin samaa mieltä	Samaa mieltä
Hoitaessani seksuaaliväkivallan uhria, mielestäni on helppoa				
18 Luoda luottamuksellinen hoitosuhde raiskattuun	1 (n=12)	2 (n=18)	3 (n=20)	4 (n=8) tyhjiä (n=2)
19 Uskoa raiskauksen uhria	1 (n=2)	2 (n=7)	3 (n=35)	4 (n=14) tyhjiä (n=2)
20 Hoitaa raiskattua syylistämättä	1 (n=4)	2 (n=2)	3 (n=29)	4 (n=25)
21 Luoda turvallisuudentunnetta	1 (n=1)	2 (n=10)	3 (n=32)	4 (n=14) tyhjiä (n=3)
22 Antaa myötätuntoa ja huolenpitoa	1 (n=1)	2 (n=9)	3 (n=32)	4 (n=17) tyhjiä (n=1)
23 Kunnioittaa potilaan itsemääräämisoikeutta	1 (n=1)	2 (n=5)	3 (n=33)	4 (n=21)
24 Kunnioittaa potilaan yksityisyyttä	1 (n=1)	2 (n=4)	3 (n=30)	4 (n=24) tyhjiä (n=1)

	Eri mieltä	Jokseenkin eri mieltä	Jokseenkin samaa mieltä	Samaa mieltä
25 Raiskatun tunnereaktiot ahdistavat minua.	1 (n=10)	2 (n=23)	3 (n=23)	4 (n=2) tyhjiä (n=2)
26 Koen raiskatun hoitamisen vaikeaksi.	1 (n=7)	2 (n=15)	3 (n=29)	4 (n=5) tyhjiä (n=4)
27 Otan asian puheeksi epäillessäni seksuaaliväkivaltaa.	1 (n=1)	2 (n=10)	3 (n=32)	4 (n=14) tyhjiä (n=3)
28 Rohkaisen rikosilmoituksen tekoon.	1 (n=0)	2 (n=1)	3 (n=16)	4 (n=40) tyhjiä (n=3)
29 Osaan suunnitella ja toteuttaa raiskatun hoitoa.	1 (n=8)	2 (n=30)	3 (n=13)	4 (n=5) tyhjiä (n=4)
30 Tiedän mitkä seikat uhrin hoidossa ovat merkittäviä rikosoikeudellisesti.	1 (n=12)	2 (n=22)	3 (n=19)	4 (n=5) tyhjiä (n=3)
31 Tiedän mistä saada konsultaatioapua sitä tarvitessa.	1 (n=12)	2 (n=20)	3 (n=18)	4 (n=7) tyhjiä (n=3)

HENKILÖKUNNAN AMMATILLISET VALMIUDET HOITAA SEKSUAALIVÄKIVALLAN UHRIA

Alla olevat kysymykset perustuvat teoretietoon seksuaaliväkivallan uhrin hoitoon liittyen. **Ympyröi sopivin vaihtoehto.**

	Oikein	Väärin
32 Tutkimustilanteessa tulee varmistaa potilaan henkilöllisyys.	1 (n=60)	2 (n=0)

	Oikein	Väärin
33 Näytteidenoton voi suorittaa hoitotyöntekijä.	1 (n=21)	2 (n=39)
34 Tutkimusta tekevän henkilön sukupuoliella ei ole merkitystä.	1 (n=24)	2 (n=35) tyhjiä (n=1)
35 Anamneesiin tulee kirjata hoitotilanteessa olevien henkilöiden nimet.	1 (n=51)	2 (n=9)
36 Raiskauksen uhrin tulee antaa olla yksin hoitotilanteiden välissä.	1 (n=6)	2 (n=53) tyhjiä (n=1)
37 Tutkimustilanteessa saa aina olla mukana potilaan saat-taja.	1 (n=11)	2 (n=48) tyhjiä (n=1)
38 On suotavaa, että akuuttihoidon aikana potilasta hoitaa useampi eri henkilö.	1 (n=5)	2 (n=54) tyhjiä (n=1)
39 Potilaan hoidossa on tärkeintä keskittyä fyysisen hyvin-voinnin turvaamiseen.	1 (n=15)	2 (n=44) tyhjiä (n=1)
40 Raiskauksen aikana käytetyt vaatteet tulee riisua suih-kutiloissa.	1 (n=10)	2 (n=49) tyhjiä (n=1)
41 Potilas voi aina peseytyä ennen tutkimustilannetta.	1 (n=1)	2 (n=59)
42 Raiskauksen jälkeen tapahtuneet toimet, kuten hampai-den ja hiustenharjaus eivät ole merkittäviä tutkimusten kannalta.	1 (n=3)	2 (n=57)
43 Lääkäri on vastuussa näytteidenotosta vaikka sen suorit-taisi muu henkilökuntaan kuuluva henkilö.	1 (n=40)	2 (n=19) tyhjiä (n=1)
44 Raiskaustutkimukseen kuuluu aina gynekologi-nen/urologinen tutkimus.	1 (n=57)	2 (n=2) tyhjiä (n=1)

	Oikein	Väärin
45 Raikaustutkimukseen kuuluu tiettyjen verinäytteiden otto.	1 (n=56)	2 (n=4)
46 Urogenitaalisuuden tutkimuksen yhteydessä otetaan samat näytteet naisilta ja miehiltä.	1 (n=36)	2 (n=21) tyhjiä (n=3)
47 Kliinisen yleistutkimuksen yhteydessä riittää otettavaksi veritahranäytteet iholta.	1 (n=13)	2 (n=44) tyhjiä (n=3)
48 Edellisen seksuaalisen kanssakäymisen ajankohdalla on merkitystä tutkimusta tehtäessä.	1 (n=54)	2 (n=5) tyhjiä (n=1)
49 Näytteidenoton yhteydessä otettavaksi häpykarvavertailunäytteeksi riittää muutama nypitty karva.	1 (n=43)	2 (n=14) tyhjiä (n=3)
50 Fyysisten vammojen kuvaamiseen suositellaan sanallista dokumentointia.	1 (n=32)	2 (n=24) tyhjiä (n=4)
51 Raskaudesta tai jälkiehkäisyä ei tarvita, mikäli potilaan mielestä yhdyntää ei tapahtunut.	1 (n=9)	2 (n=48) tyhjiä (n=3)
52 Potilaalle ei ole hyvä akuuttihoiossa antaa rauhoittavaa lääkitystä, jotta potilas pystyy selkeästi kertomaan tapahtuneesta.	1 (n=21)	2 (n=34) tyhjiä (n=5)
53 Akuuttihoiosn henkilökunnalle ei kuulu selvittää, oliko uhri päihteen vaikutuksen alaisena raikauksen tapahtuessa.	1 (n=11)	2 (n=45) tyhjiä (n=4)
54 Raikaustutkimus voidaan tehdä ilman potilaan lupaa jos potilas on tajuton.	1 (n=32)	2 (n=23) tyhjiä (n=5)

	Oikein	Väärin
56 Hoitohenkilökunnalla on oikeus ilmoittaa poliisille tapahtuneesta rikoksesta.	1 (n=23)	2 (n=30) tyhjiä (n=7)
57 Raiskausrikoksen vanhenemisaika on 30 vuotta.	1 (n=24)	2 (n=22) tyhjiä (n=14)
58 Lain mukaan lapsen seksuaalinen suojaikäraja on 18 vuotta.	1 (n=23)	2 (n=34) tyhjiä (n=3)
59 Raaskaustutkimuksen näytteet voi hävittää heti jos potilas päättää olla tekemättä rikosilmoitusta.	1 (n=3)	2 (n=54) tyhjiä (n=3)
60 Terveystenhoito henkilöstön tehtävä ei ole akuuttihoitossa huolehtia potilaan oikeudellisista tarpeista.	1 (n=10)	2 (n=47) tyhjiä (n=3)
61 Potilaalle ei traumatisoitumisen takia kerrota yksityiskohtaisesti tehtävistä tutkimuksista.	1 (n=4)	2 (n=55) tyhjiä (n=1)
62 Shokkireaktiosta kärsivä ihminen on aina itkuinen.	1 (n=5)	2 (n=54) tyhjiä (n=1)
63 Shokkireaktioon liittyy muistivaikeudet.	1 (n=55)	2 (n=5)
64 Ensimmäisellä hoitokontaktilla on suuri merkitys lisätraumatisoitumisen kannalta.	1 (n=59)	2 (n=1)
65 Kriisiavun tarpeesta on kysyttävä potilaalta akuuttihoiton aikana.	1 (n=52)	2 (n=7) tyhjiä (n=1)
66 Raiskauksen uhri kertoo usein oma-aloitteisesti tapahtuneesta.	1 (n=5)	2 (n=52) tyhjiä (n=3)

	Oikein	Väärin
67 Pahoinpitelypotilaan hoidossa otetaan aina huomioon seksuaaliväkivallan mahdollisuus.	1 (n=56)	2 (n=3) tyhjiä (n=1)
68 Raiskauksen uhri hakeutuu usein terveydenhuollon piiriin somaattisten oireiden takia.	1 (n=39)	2 (n=18) tyhjiä (n=3)
69 Kontrollinäyteajat suositellaan annettavaksi potilaalle akuuttihoidon aikana.	1 (n=33)	2 (n=23) tyhjiä (n=4)
70 Seksuaaliväkivallan uhria hoitaessa henkilökunta ei saa näyttää tunteitaan potilaalle.	1 (n=23)	2 (n=34) tyhjiä (n=3)

Suuret kiitokset vastauksistasi!



22.3.2010

73 §

KATRIINA KURKILAHDEN TUTKIMUSLUPAHAKEMUS

10-541/054

- Hakija Satakunnan ammattikorkeakoulun sairaanhoitajaopiskelija Katriina Kurkilahti
- Aihe Henkilökunnan valmiudet hoitaa seksuaaliväkivallan uhria akuuttihoitossa (AMK-opinnäytetyö)
- Lausunto Vs. johtajalääkäri Pertti Heikkilä puoltaa tutkimuslupan myöntämistä lausunnossaan 15.3.2010 ja toteaa, että opinnäytetyö on ajankohtainen ja tukee päivystystoiminnan kehittämis- ja laatutyötä. Työssä karotetaan henkilökunnan valmiuksia ko. asiakasryhmän suhteen. Terveyskeskukselle ja kaupunginsairaallalle aiheutuvat henkilöstöresurssirasitteet ovat vähäiset ja hyväksyttävissä. Terveyskeskuksen yhteyshenkilöinä toimivat ylihoitaja Katariina Jantunen ja ylihoitaja Veronica Renwall.
- Päätös Tutkimustoiminnan koordinaatioryhmä päätti puoltaa tutkimuslupan myöntämistä ehdolla, että:
- Terveyskeskuksen yhteyshenkilöinä toimivat ylihoitaja Katariina Jantunen ja ylihoitaja Veronica Renwall
 - Tutkimuksesta ei saa aiheutua kustannuksia terveyskeskukselle, lukuun ottamatta kyselyyn vastaamiseen käytettävää aikaa
 - Tutkimuksen valmistuttua tutkimusraportti toimitetaan terveyskeskuksen käyttöön (os. Helsingin terveyskeskus, PL 6000, 00099 Helsingin kaupunki)
 - Tutkija saapuu maksutta esittelemään tutkimuksen tuloksia siihen työyhteisöön, jota tutkimus koskee.

Ilmoitus toimitusjohtajalle.

HANNA-LEENA NUUTINEN
Hanna-Leena Nuutinen
Sihteeri



Hakijan nimi Katriina Kurkilahti	Diaarinumero 10-541/054
Tutkimuksen nimi Henkilökunnan valmiudet hoitaa seksuaaliväkivallan uhria akuuttihoitossa (AMK-opinnäytetyö)	

- ☒ Myönnän tutkimusluvan tutkimustoiminnan koordinaatioryhmän lausunnossa ilmenevin ehdoin
- ☐ Myönnän samalla luvan saada tietoja salassa pidettävistä asiakirjoista ja henkilörekistereistä tutkimuslupahakemuksen mukaisesti
- ☐ Myönnän samalla sivutoimiluvan tutkimusta varten seuraaville henkilöille

- ☐ En myönnä tutkimuslupaa tutkimustoiminnan koordinaatioryhmän lausunnossa esitetyin perustein

Lisäehdot ja lisäperustelut

- ☐ Myönnän samalla sivutoimiluvan tutkimusta varten seuraaville henkilöille

Tutkimuksesta terveyskeskukselle aiheutuvat kustannukset saavat olla:

- ☐ hakemuksen mukaiset
- ☐ muut, mitkä:
- ☐ Tutkimuksesta aiheutuvista kustannuksista tehdään sopimus
- ☐ Lisäehdot liitteenä ☐ Perustelut liitteenä ☐ Liitteenä sairaala-apteekin tiedote

Muut liitteet

PÄÄTTÄJÄ

TOIMITUS- JOHTAJA	Päivämäärä 1.4.2010	Pykälä 2054 §, liitteet 1-4	Allekirjoitus ja nimen selvennös Matti Toivola
----------------------	-------------------------------	---	--

Päätöksen jakelu:

- ☒ Tutkija / Tutkimusryhmän jäsenet

- ☒ Terveyskeskuksen yksiköt:

Kaupunginsairaala

- johtajalääkäri

- ylihoitajat Katriina Jantunen (PL 6500) ja Veronica Renwall (PL 6569)